



**Universidade de
Aveiro
2014**

Secção Autónoma de Ciências da Saúde
Departamento de Línguas e Culturas
Departamento de Eletrónica,
Telecomunicações e Informática

**INÊS FIDALGO
DA SILVA
TEIXEIRA VIANA**

**FIABILIDADE DO THE ACTIVITIES AND
PARTICIPATION PROFILE**



**Universidade de
Aveiro
2014**

Secção Autónoma de Ciências da Saúde
Departamento de Línguas e Culturas
Departamento de Eletrónica,
Telecomunicações e Informática

**INÊS FIDALGO
DA SILVA
TEIXEIRA VIANA**

**FIABILIDADE DO THE ACTIVITIES AND
PARTICIPATION PROFILE**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Fala e Audição, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria da Assunção Coelho de Matos, Professora Adjunta Convidada da Universidade de Aveiro e do Professor Doutor Luís Miguel Teixeira Jesus, Professor Coordenador da Universidade de Aveiro.

o júri

Presidente

Professor Doutor António Joaquim da Silva Teixeira
Professor Associado da Universidade de Aveiro

Vogais

Professora Doutora Dália Maria dos Santos Nogueira
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Professora Doutora Maria Assunção Coelho Matos
Professora Adjunta Convidada da Universidade de Aveiro
(Orientadora)

Agradecimentos

A todas as pessoas com afasia e seus familiares pela disponibilidade em participar no estudo e pelo entusiasmo demonstrado.

À professora doutora Assunção Matos pela orientação, disponibilidade e ajuda em todas as fases do desenvolvimento do estudo. Agradeço ainda as palavras de incentivo e a forma de pensar crítica que me fez melhorar e avançar.

Ao professor doutor Luís Jesus pela orientação e sabedoria ao longo de todo o processo.

À professora doutora Andreia Hall pela disponibilidade e ajuda em todas as questões relacionadas com estatística.

Ao CHUC e ao Hospital da Mealhada pela autorização concedida para o desenvolvimento do presente estudo.

À Marta por todo o apoio, carinho, motivação e amizade. Sem ti não teria sido possível chegar ao destino.

Ao Pedro pela paciência e por todas as palavras de incentivo, carinho e compreensão.

À minha família pela oportunidade dada e por toda a preocupação e incentivo.

Palavras-chave

Afasia; AVC; participação; atividade; propriedades psicométricas.

Resumo

Objetivo: pretende-se, com este estudo, medir a fiabilidade intra e inter-avaliador e a consistência interna do instrumento de avaliação “The Activities and Participation Profile” (TAPP). Este instrumento pretende medir os níveis de Atividade e Participação das pessoas com Afasia, isto é, pretende avaliar quais as consequências da Afasia na vida diária da pessoa.

Método: foram definidos critérios de inclusão para a participação no estudo. Foram dadas todas as informações relativas ao estudo e foi assinado um consentimento informado pelos próprios ou pelo cuidador. Aos participantes (n=7), numa primeira sessão, foi aplicado o TAPP, assim como a BAAL e a CES-D. Sete dias depois, foi aplicado novamente o TAPP. Os dados foram tratados estatisticamente. Foram ainda criados alguns documentos em formato *aphasia-friendly* para auxiliar na aplicação do TAPP, nomeadamente opções de resposta, motivos, escala visual analógica e um caderno de imagens.

Resultados: o valor do *Kendall's tau b* foi de 0.43 na estimação da fiabilidade intra-avaliador. Para a fiabilidade inter-avaliador, o valor do Kendall's tau b foi de 1 e 0,98, respeitantes à 1ª e 2ª avaliação. O alfa de Cronbach é igual a 0.53.

Conclusão: a importância deste estudo prende-se com o facto de existirem poucos instrumentos de avaliação nesta área validados para a população portuguesa. Sendo que o instrumento fornece ao terapeuta da fala informações sobre os níveis de atividade e participação na vida diária da pessoa com afasia, permite-lhe planejar uma intervenção mais individualizada e focada nas necessidades mais prementes do utente.

Pode concluir-se que a afasia interfere nos níveis de atividade e participação da PCA devido às inúmeras atividades que a mesma deixa de desenvolver após a instalação da mesma.

Keywords Aphasia; stroke; participation; activity; psychometric properties.

Abstract Goal: the main objective of this study was to measure the intra rater and inter rater reliability and the internal consistency of the assessment tool “The Activities and Participation Profile” (TAPP). This tool measures the activity and participation levels of people with aphasia, i.e., measures the consequences of aphasia in everyday life.
Method: inclusion criteria were defined. All information related to the study was given to the participants and an informed consent was signed by them or the caregiver. In a first session participants (n=7) were assessed with TAPP, as well as BAAL and CES-D. Seven days later participants were assessed again with TAPP. Data was statistically assessed. Some aphasia-friendly documents were created in order to help the TAPP’s assessment, such as response options, reasons, visual analogue scale and a picture notebook.
Results: the kendall’s tau b value was 0,43 regarding intra-rater reliability. Regarding inter-rater reliability the kendall’s tau b result was 1 and 0,98 to first and second assessment respectively. The Cronbach's alpha was 0,53.
Conclusion: this assessment tool provides the speech language therapist information about activity levels and participation in daily life of the person with aphasia and allows him/her to plan a more individualized and focused on the most pressing needs of the user intervention. It can be concluded that aphasia affects the levels of activity and participation of people with this condition due to the many activities that he/she ceases to develop.

Índice

Lista de siglas	ix
Lista de Tabelas.....	x
Lista de Gráficos	xi
Capítulo 1	1
Introdução	1
1.1. Motivações do Estudo	1
1.2. Objetivos	2
1.3. Questões de Investigação	2
1.4. Estrutura da Dissertação.....	2
Capítulo 2.....	3
Revisão da Literatura	3
2.1. Acidente Vascular Cerebral	3
2.1.1. Tipos de AVC	3
2.1.2. Consequências dos acidentes vasculares cerebrais	4
2.2. Afasia	5
2.2.1. Classificação de Afasias.....	5
2.2.2. Consequências da afasia.....	6
2.3. Modelos de Intervenção	7
2.3.1. Modelo Médico	7
2.3.2. Modelo de Reabilitação.....	7
2.3.3. Modelo Social	8
2.3.4. Modelo Biopsicossocial	8
2.4. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	8
2.4.3. Fatores contextuais	10
2.5. CIF aplicada à afasia	11
2.6. Instrumentos de Avaliação	12
2.6.1. Instrumentos de Avaliação Internacionais	12
2.6.2. Perfil de Atividade e Participação (“The Activities/Participation Profile – TAPP”)..	13
Capítulo 3	14
Metodologia	14
3.1. Tipo de Estudo	14
3.2. Contexto do Estudo	14
3.3. Amostra	14
3.3.1. Caracterização da Amostra.....	15

3.4.	Questões Éticas	17
3.5.	Adaptação <i>aphasia-friendly</i> do TAPP.....	18
3.5.1.	Construção do Manual de Aplicação.....	18
3.5.2.	Opções de Resposta.....	18
3.5.3.	Motivos	18
3.5.4.	Construção da Escala Visual Analógica.....	19
3.5.5.	Construção do Caderno de Imagens	19
3.6.	Instrumentos utilizados	19
3.7.	Fase 1 - Avaliação	20
3.8.	Fase 2 – Reavaliação	20
3.9.	Análise Estatística	21
Capítulo 4	.....	22
Resultados	.....	22
4.1.	Adaptação “aphasia-friendly”	22
4.2.	TAPP	23
4.3.	Motivos	25
4.4.	Fiabilidade Intra-avaliador	25
4.5.	Fiabilidade Inter-avaliador	26
4.6.	Consistência Interna	27
Capítulo 5	.....	28
Discussão	.....	28
5.1.	Consequências da afasia.....	28
5.2.	Fiabilidade Intra-avaliador	29
5.3.	Fiabilidade Inter-avaliador	30
5.4.	Consistência Interna	31
Capítulo 6	.....	32
6.1.	Conclusões	32
6.2.	Limitações	33
6.3.	Trabalho Futuro	33
Anexo 1 – Manual de Aplicação		41
Anexo 2 – Caderno de Imagens (exemplo).....		34
Anexo 3 – Consentimento Informado – formato <i>aphasia friendly</i>		36
Anexo 4 – Exemplo de Autorização		42
Anexo 5 – Curriculum Vitae Resumido		43

Lista de siglas

ACS – Activity Card Sort

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AVD – Atividades de vida diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BAAL – Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa

CES-D – Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CEB – Ciclo do Ensino Básico

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

EAV – Escala Analógica Visual

FAI – Frenchay Activities Index

LIFE-H – Assessment of Life Habits

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCA – Pessoa com afasia

TAPP – The Activities and Participation Profile

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

TF – Terapeuta da Fala

SIS – Stroke Impact Scale

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

Lista de Tabelas

Tabela 1.a. – Informações sobre cada tipo de Afasia, segundo a Classificação de Boston.
Adaptado de (Murdoch, 1997).

Tabela 1.b. – Informações sobre cada tipo de Afasia, segundo a Classificação de Boston.
Adaptado de (Murdoch, 1997).

Tabela 2 - Caracterização resumida da amostra

Tabela 3 - Tempo de Evolução e pontuação da CES-D

Tabela 4 - Médias da 1ª Avaliação

Tabela 5 - Médias da 2ª Avaliação

Tabela 6 - Atividades que se mantiveram inalteradas

Tabela 7.a. – Atividades que deixaram de ser realizadas

Tabela 7.b. – Atividades que deixaram de ser realizadas

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da Escolaridade

Gráfico 2 – Correlação entre dois momentos de avaliação do Avaliador 1

Gráfico 3 – Correlação entre os dois avaliadores na 1ª avaliação

Gráfico 4 – Correlação entre os dois avaliadores na 2ª avaliação

Capítulo 1

Introdução

1.1. Motivações do Estudo

Em Portugal, segundo os estudos demográficos mais recentes, verifica-se um aumento da esperança média de vida, um aumento da emigração, uma diminuição da mortalidade infantil e uma diminuição dos nascimentos ocorridos. Este conjunto de tendências resulta no envelhecimento da população, uma vez que a proporção de jovens (menos de 15 anos) decresceu relativamente à de idosos (mais de 65 anos) (INE, 2014).

Devido a este envelhecimento da população e ao aumento da sobrevivência, a prevalência do acidente vascular cerebral (AVC) tem vindo a aumentar. Esta patologia é a primeira causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas. A incidência do AVC na população portuguesa é, habitualmente, de 1 a 2 por cada 1 000 habitantes por ano, sendo um dos fatores de risco o aumento da idade, pelo que a incidência aumenta para 20% acima dos 85 anos. É ainda considerado que 85% das pessoas que se encontram nesta situação têm mais de 65 anos. Uma vez que esta patologia se verifica tendencialmente em idades mais avançadas e sendo as tendências demográficas no sentido já referido é possível que seja necessário aumentar a quantidade e qualidade dos cuidados de saúde já existentes (DGS, 2001).

Os cuidados de saúde a prestar, posteriormente à fase aguda de instalação da doença englobam a identificação e eliminação ou atenuação das suas sequelas. Estas têm um efeito muito grande na vida das pessoas e podem ter impacto a vários níveis, nomeadamente a nível social, económico e familiar (DGS, 2001). Por outro lado, o AVC pode ter consequências ao nível da linguagem, como por exemplo na afasia, o que prejudica os processos de comunicação entre pares e consequentemente a participação da pessoa na vida diária e o retorno à vida social.

Para ultrapassar estas dificuldades criadas pela patologia, principalmente ao nível social e familiar, é importante uma abordagem centrada no Modelo Social. Este modelo tem como objetivo encarar a deficiência não como algo individual mas como uma questão de vida em sociedade (Neves, Guilhem, & Alves, 2010). Este define as pessoas com incapacidade como peritos na sua condição (Byng & Duchan, 2005). Contrariamente ao Modelo Médico que é focado na gestão da doença, no Modelo Social identificam-se objetivos, preferências, interesses e pontos fortes do indivíduo, ou seja, é desenvolvida uma abordagem centrada na pessoa com incapacidade e direcionada para a promoção da qualidade de vida e independência da pessoa. Os indivíduos têm um papel ativo neste processo e responsabilidades na monitorização dos seus próprios comportamentos de saúde, assim como de aumentar a atividade nas dimensões em que existe um desequilíbrio (Swarbrick, 2004).

A avaliação da pessoa com afasia (PCA) é uma parte fundamental do processo terapêutico e esta é feita para determinar as capacidades e incapacidades do indivíduo e estabelecer um prognóstico de como as mesmas poderão evoluir (Leal, 2009). No entanto, em Portugal, os instrumentos de avaliação centram-se muito nos défices linguísticos, excluindo as consequências da afasia relativamente à atividade e participação social em situações de vida real (Matos, 2012). É necessário uma abordagem mais abrangente, tendo em conta todas as consequências da afasia na pessoa, nomeadamente nas áreas da atividade e participação. Assim, é necessário avaliar a pessoa

não só na componente do Corpo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), mas também na componente Atividade e Participação, tendo em conta os Fatores Contextuais (Pessoais e Ambientais). É, assim, importante o desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação que se refiram também à qualidade de vida pós-AVC e tenham em conta os contextos em que é necessária a comunicação e não apenas os défices linguísticos existentes.

Uma vez que existem poucos instrumentos com a finalidade de avaliar os níveis de Atividade e Participação da PCA validados para a população portuguesa, a principal motivação para a realização deste estudo é a validação do “The Activities and Participation Profile” (TAPP) (Matos, 2012) para esta população-alvo e torná-lo passível de utilização por parte do Terapeuta da Fala na sua intervenção terapêutica.

1.2. Objetivos

Os principais objetivos deste estudo de investigação são:

- Criar alterações no TAPP, de acordo com algumas diretrizes “aphasia friendly”;
- Criar um Manual de Aplicação;
- Estimar a fiabilidade inter-avaliador do instrumento de avaliação em questão;
- Estimar a fiabilidade intra-avaliador do instrumento;
- Estimar a consistência interna.

1.3. Questões de Investigação

Com base nos objetivos definidos, foram formuladas quatro questões de investigação:

- A afasia interfere nos níveis de Atividade e Participação da pessoa que experiencia esta perturbação?
- Qual o valor da fiabilidade inter-avaliador do TAPP?
- Qual o valor da fiabilidade intra-avaliador do TAPP?
- Qual o valor da consistência interna do TAPP?

1.4. Estrutura da Dissertação

No Capítulo 1 pode encontrar-se uma pequena introdução que aborda os seguintes temas: Motivações do Estudo, Objetivos do Estudo, Questões de Investigação e a Estrutura da Dissertação.

O Capítulo 2 refere-se à Revisão da Literatura. Esta Revisão tem por objetivo versar sobre vários temas de interesse para o desenvolvimento da Dissertação, alguns pressupostos teóricos e estudos desenvolvidos na área do presente estudo.

No Capítulo 3, é possível encontrar a Metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo em questão, onde se enquadram todos os passos seguidos no estudo.

No Capítulo 4 encontram-se os Resultados. Neste capítulo são apresentados os principais resultados obtidos através da aplicação do TAPP, de testes estatísticos utilizados assim como outros testes, nomeadamente de confirmação de diagnóstico.

No Capítulo 5 é possível encontrar a Discussão crítica sobre os resultados obtidos e referidos no capítulo anterior.

No último Capítulo serão apresentadas algumas conclusões sobre o estudo desenvolvido.

Capítulo 2

Revisão da Literatura

Neste capítulo serão abordados os seguintes temas: o acidente vascular cerebral, os vários tipos e as consequências do mesmo; a afasia, uma das suas possíveis classificações, as suas consequências; os vários modelos de prestação de serviços de saúde, a CIF, assim como os vários componentes que a constituem; a afasia segundo a referida classificação e alguns instrumentos de avaliação internacionais e o TAPP.

2.1. Acidente Vascular Cerebral

O normal funcionamento do cérebro pode ser afetado por diversas patologias neurológicas. Entre as patologias mais comuns que, potencialmente, poderão afetar a linguagem, encontram-se as seguintes (Ardila, 2006): acidente vascular cerebral (AVC), traumatismo crânio-encefálico (TCE), tumores cerebrais, infeções do sistema nervoso, doenças nutricionais e metabólicas e doenças degenerativas.

A causa mais frequente para os problemas neurológicos em adultos é o AVC (Ardila, 2006).

O AVC é uma patologia caracterizada pelo início agudo de um défice neurológico que persiste por, pelo menos, 24 horas, refletindo o envolvimento do sistema nervoso central como resultado de uma alteração na circulação sanguínea cerebral (Cancela, 2008).

Os AVC produzem uma redução acentuada nos níveis de glucose e de oxigénio, o que interfere com o normal metabolismo celular. Uma interferência deste género, caso seja superior a cinco minutos, tem como consequência a perda/morte de células em determinada região cerebral, sendo este um dano irreversível (Ardila, 2006). Estas lesões cerebrais são provocadas por um enfarte, devido a isquemia ou hemorragia, que pode acontecer de forma súbita devido à existência de fatores de risco ou por defeito neurológico (aneurisma).

É possível identificar alguns fatores de risco para a ocorrência de um AVC. Estes fatores de risco podem ser agrupados em duas categorias: não modificáveis e modificáveis. Dentro dos fatores não modificáveis podem encontrar-se os que dizem respeito às especificidades individuais, como a idade, o género, herança genética, raça, entre outros. Quanto aos segundos, podem encontrar-se fatores como a hipertensão arterial, doenças cardíacas, diabetes e estilo de vida (Gomes, 2012).

2.1.1. Tipos de AVC

Um AVC pode ser de dois tipos: isquémico ou hemorrágico (Ardila, 2006). Quanto aos isquémicos, existem três subtipos: lacunar, trombótico e embólico. O mesmo acontece quanto aos AVC hemorrágicos, existindo quatro subtipos: intracerebral, subaracnoide, intravascular e subdural (Cancela, 2008).

No caso dos AVC isquémicos, os sintomas existem devido a uma diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo no tecido cerebral (Ardila, 2006). Quando a privação de oxigénio e nutrientes (fornecidas através do fluxo sanguíneo) é de curta duração (entenda-se menos de 24 horas), o acontecimento é denominado de Acidente Isquémico Transitório (AIT). Relativamente às lesões provocadas, no caso do AIT, estas são consideradas reversíveis, não acontecendo o mesmo caso a privação de oxigénio e nutrientes seja de maior duração (Cancela, 2008).

Quanto aos AVC hemorrágicos, estes devem-se a uma rutura de um vaso sanguíneo e, por conseguinte, ao derrame de sangue (Martins, 2011). Este derrame pode acontecer para o interior do cérebro (hemorragia intracerebral) ou para o espaço preenchido por fluido entre o cérebro e a membrana aracnóide (hemorragia subaracnóideia) (Cancela, 2008)

2.1.2. Consequências dos acidentes vasculares cerebrais

A sintomatologia de um AVC é bastante específica. Produz de uma forma súbita um défice neurológico focal, podendo transformar-se num estado de coma, em casos mais graves. Dependendo do tipo de AVC a instalação deste défice pode ser uma questão de segundos, minutos, horas ou até alguns dias. A recuperação pode demorar dias ou semanas. Ao longo deste tempo de recuperação, o hematoma e a sintomatologia vão diminuindo, ficando, no entanto, sequelas. As sequelas remanescentes irão depender do local e da extensão da lesão (Ardila, 2006).

A existência de danos a nível neurológico pode comprometer as funções motoras, sensoriais, comportamentais, percetivas e da linguagem (Cancela, 2008).

A manifestação clínica mais comum de um AVC é a hemiplegia, sendo o início marcado pela ocorrência súbita ou progressiva duma paralisia do hemicorpo contrário à lesão (Cancela, 2008). Consoante a localização da lesão poderá ocorrer outro tipo de sintomas.

Classicamente, algumas áreas cerebrais estão identificadas como responsáveis pela linguagem, como por exemplo as áreas de Broca ou de Wernicke e áreas adjacentes, sendo que lesões nesta área originam alterações na capacidade da linguagem. No entanto, utentes com lesões cerebrais localizadas noutras áreas, frequentemente manifestam sintomas de afasia (Devido-Santos, Gagliardi, & Mac-Kay, 2012).

Em utentes com afasia é possível encontrar algumas perturbações neurológicas que se associam a esta patologia. Quando isto acontece, a existência destas perturbações pode complicar a situação e devem ser tidos em conta ao estabelecer o prognóstico e a forma de intervenção (Murdoch, 1997).

Uma das consequências do AVC são as dificuldades cognitivas e percetuais que se fazem sentir. Este tipo de dificuldades tem um impacto funcional significativo, sendo este independente das consequências físicas do AVC. Os danos a nível cognitivo resultam numa restrição à participação em atividades de vida diária, sociais, de lazer e de desempenho de papéis sociais (Spitzer, Tse, Baum, & Carey, 2011).

A dependência que resulta deste evento em realizar atividades básicas como tratar de si próprio, utilizar a casa de banho ou alimentar-se pode conduzir a estados de ansiedade e depressão. A incerteza da recuperação após o AVC pode tornar-se mais uma causa de frustração. Estes estados de ansiedade e depressão são comuns em utentes que experienciaram um AVC, sendo que a depressão pode impedir ou dificultar a recuperação e o processo de reabilitação. Assim, a reabilitação deve ser focada na reabilitação física e psicológica com o objetivo de reabilitar a sensação de controlo e independência da pessoa afetada (Flick, 1999).

É importante compreender que os cuidadores podem também sofrer destes estados de ansiedade e depressão. Os cuidadores expressam frustração na perda do seu companheiro, mudanças de comportamento, restrições no seu estilo de vida, isolamento social e dificuldades financeiras (Flick, 1999).

2.2. Afasia

A afasia consiste na perda ou diminuição da função da linguagem que tem como causa uma lesão a nível cerebral (Benson & Ardila, 1996) em zonas que controlam a função da linguagem. A afasia é frequentemente descrita como uma perturbação que inclui dificuldades na formulação e interpretação de símbolos linguísticos. As PCA podem apresentar dificuldades em falar, escrever, ler e compreender discurso falado ou palavras escritas (Chapey, 2008).

Uma vez que a linguagem é uma das principais vias de comunicação, uma alteração a este nível irá dificultar a capacidade de comunicação da pessoa com esta perturbação (Oliveira, 2005).

2.2.1. Classificação de Afasias

Tendo em conta o sistema de classificação de Boston (Benson, 1979), existem oito tipos de afasia (Murdoch, 1997): afasia de Broca, afasia de Wernicke, afasia de condução, afasia global, afasia transcortical motora, afasia transcortical sensorial, afasia transcortical mista e afasia anômica.

Na Tabela 1 pode encontrar-se um quadro síntese com a classificação de Boston, juntamente com informações sobre o local da lesão, se o discurso é considerado fluente ou não-fluente e se a nomeação, compreensão e repetição estão preservadas ou perturbadas, consoante a afasia em análise.

Tabela 1.a. – Informações sobre cada tipo de Afasia, segundo a Classificação de Boston. Adaptado de (Murdoch, 1997).

Tipo de afasia	Local da lesão	Fluência	Nomeação	Compreensão	Repetição
Broca	Região Sylviana, abrangendo o opérculo, ínsula e substância branca, incluindo a área de Broca	Não-fluente	Perturbada	Preservada	Perturbada
Wernicke	Lobo temporoparietal, envolvendo a área de Wernicke	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Condução	Fascículo arcuado	Fluente	Perturbada	Preservada	Perturbada
Global	Estruturas corticais e subcorticais	Não-fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Transcortical Motora	Regiões anteriores à zona limítrofe do hemisfério esquerdo	Não-fluente	Perturbada	Preservada	Preservada
Transcortical Sensorial	Regiões posteriores à zona limítrofe do hemisfério esquerdo	Fluente	Perturbada	Perturbada	Preservada

Tabela 1.b. – Informações sobre cada tipo de Afasia, segundo a Classificação de Boston. Adaptado de (Murdoch, 1997).

Tipo de Afasia	Local da lesão	Fluência	Nomeação	Compreensão	Repetição
Trans-cortical Mista	Regiões anteriores e posteriores da zona limítrofe do hemisfério esquerdo	Não-fluente	Perturbada	Perturbada	Preservada
Anômica	(O ponto da lesão parece não ter ainda localização bem definida.)	Fluente	Perturbada	Preservada	Preservada

2.2.2. Consequências da afasia

A afasia, sendo uma perturbação da linguagem, terá grande impacto a nível da comunicação, que pode tornar-se pouco adequada. Muitos são os défices que podem ser encontrados tanto na expressão oral como na expressão escrita. No entanto, como o indivíduo é atingido no seu todo, outras alterações podem ser registadas, como por exemplo, problemas emocionais decorrentes do estado em que a pessoa se encontra atualmente. Podem ser encontradas alterações comportamentais como egocentrismo, alterações de humor, perturbações da atenção e memória e inconsistência das respostas (Jakubovicz & Cupello, 2004). Muitas vezes a PCA tem sentimentos de depressão, solidão, frustração, "stress", tristeza, medo de cair, medo da reação das outras pessoas, vergonha, entre outros (Dalemans, de Witte, Wade, & van den Heuvel, 2010).

A afasia tem um efeito negativo nas relações, levando ao isolamento por parte das PCA (Pound, Parr, Lindsay, & Woolf, 2006). O impacto da afasia na vida diária das pessoas está relacionado com a perda de controlo, de capacidade de escolha e, de forma geral, de autonomia. As PCA podem sentir uma diminuição da sua auto-estima e experienciar reações negativas por parte dos parceiros de comunicação (Thompson & McKeever, 2014). Estes podem estigmatizar a PCA, impedindo-a de participar numa conversa, uma vez que não a veem como uma pessoa completa e capaz. No entanto, a PCA sente dificuldades em retirar informação da mesma conversa (Dalemans et al., 2010), pelo que seria necessário adaptações por parte do parceiro de comunicação. Ao nível dos afetos, a afasia pode ter como consequência uma perda de intimidade e de vínculo, originando situações de solidão (Thompson & McKeever, 2014).

Resultados do estudo de Nätterlund (2010) revelaram que a maioria das atividades desenvolvidas pelas PCA numa fase pós-AVC, eram realizadas dentro de casa e, na sua maioria, eram atividades passivas como ver televisão. A incapacidade de realizar atividades que antes do AVC eram realizadas tem como consequência irritabilidade nas PCA. Por outro lado, as PCA sentem dificuldade e medo de realizarem tarefas sozinhas, assim como viajar de autocarro ou comboio (Nätterlund, 2010). No mesmo estudo, foi referido que as PCA necessitavam de mais tempo no desempenho das mesmas tarefas e que, por vezes, deixavam de as realizar por esse mesmo motivo.

Quanto à leitura e à escrita, as PCA referiam que sentiam muitas dificuldades neste tipo de tarefas, como por exemplo ler o jornal. No entanto, é referido no estudo de Nätterlund (2010) que esta é uma atividade que dá prazer às pessoas e que estas se sentiam mais independentes quando conseguiam desempenhá-la, assim como tratar de si próprios no dia-a-dia ou fazer pequenas

refeições para os seus familiares. Atividades como conduzir e falar ao telefone são também referidas como dificuldades encontradas pelas PCA no seu dia-a-dia.

Assim como as PCA aprendem a lidar com as consequências provenientes da afasia, os seus familiares também o fazem. Os cuidadores informais e, em particular os cônjuges, são também afetados pela afasia, experienciando “stress”, assim como alterações na comunicação interpessoal, responsabilidades e relações (Le Dorze & Signori, 2010). Frequentemente é possível observar sentimentos de culpa, ansiedade, irritabilidade, depressão e fadiga nos familiares da PCA. As famílias tendem a isolar-se, optando por não sair com o seu familiar com afasia, a fim de evitar situações de embaraço por vezes originadas por manifestações linguísticas automáticas, como por exemplo o uso de palavras inapropriadas e socialmente inaceitáveis (Michallet, Tétreault, & Le Dorze, 2003). No entanto, esta dependência dos familiares é também um motivo de frustração para a PCA que se sente como sendo um peso para os mesmos (R. Dalemans et al., 2010).

2.3. Modelos de Intervenção

Foram propostos vários modelos conceituais de forma a explicar e compreender a incapacidade e a funcionalidade (WHO, 2003).

Os diferentes modelos propostos são adequados para diferentes contextos e utentes, dependendo de vários fatores como os objetivos do Profissional de Saúde, do utente e mesmo da instituição onde é prestado o serviço (Worrall & Hickson, 2003).

2.3.1. Modelo Médico

Este modelo é focado na incapacidade da pessoa (Worrall & Hickson, 2003). A incapacidade é encarada como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou qualquer outro problema de saúde que a pessoa tenha experienciado. Este problema, segundo este modelo, requer assistência médica com um tratamento individual proporcionado por profissionais. Os cuidados prestados à pessoa que possui determinado problema têm como objetivo a cura ou a adaptação do indivíduo e mudança de comportamento (WHO, 2003). É um modelo que é focado na redução dos sintomas, na rápida estabilização e a intervenção é direcionada para as deficiências e incapacidade existentes (Swarbrick, 2004). O papel da pessoa com incapacidade é um papel passivo uma vez que todos os procedimentos (avaliação, diagnóstico, tratamento, alta) são determinados pelo clínico (Worrall & Hickson, 2003).

2.3.2. Modelo de Reabilitação

O foco deste modelo é a pessoa com incapacidade e a sua capacidade para o desempenho funcional no dia-a-dia. Para além de medir a incapacidade que a pessoa possui, é medida também a limitação na participação associada à incapacidade. Relativamente à tomada de decisão relacionada com procedimentos a seguir, esta inclui mais envolvimento por parte do utente. Para esta tomada de decisão é dada toda a informação sobre avaliação e opções seguida de discussão entre o utente e o clínico para decidir que procedimento adotar. Para a tomada de decisão informada e por se tratar de pessoas com algumas incapacidades a nível de comunicação, será necessário criar material “consumer-friendly”, i.e., material que facilite a compreensão das informações que sigam diretrizes como texto simplificado, com imagens, texto com um tamanho de letra aumentado, entre outras (Worrall & Hickson, 2003).

2.3.3. Modelo Social

Segundo o modelo social, o utente é visto no contexto da sociedade em que vive e o foco deste modelo é a sua participação efetiva na sociedade. Este modelo considera a incapacidade como um problema criado pela sociedade e como uma questão de integração do indivíduo na mesma (Worall & Hickson, 2003). A incapacidade não é considerada uma característica do indivíduo mas sim um conjunto de condições maioritariamente criadas pelo ambiente social. Isto é, caso as pessoas se comportassem de forma diferente perante a incapacidade e se o ambiente fosse alterado, muitos dos desafios associados a uma incapacidade seriam consideravelmente reduzidos (Byng & Duchan, 2005). Assim, a sociedade tem como obrigação realizar as modificações necessárias para que a pessoa com incapacidade possa participar ativamente em todas as áreas da sua vida social (WHO, 2003). Para o sucesso da aplicação deste modelo é necessário uma comunicação aberta entre o utente e o profissional de saúde. Assim, a tomada de decisão é partilhada e é feita em colaboração com o utente, sendo que é mais focada na visão do utente, ao contrário do modelo de reabilitação (Worall & Hickson, 2003).

O objetivo de qualquer intervenção aplicando este modelo, é melhorar o funcionamento no dia-a-dia mas também melhorar a qualidade de vida (Worall & Hickson, 2003).

2.3.4. Modelo Biopsicossocial

A CIF (ver ponto 2.3) tem como objetivo integrar dois dos modelos anteriormente referidos (médico e social), criando uma abordagem biopsicossocial. Esta abordagem é usada para integrar as várias dimensões da saúde: biológica, individual e social (WHO, 2003). É importante a recolha de dados sobre estas dimensões de saúde já referidas de forma independente e, de seguida, explorar as relações existentes entre elas. A abordagem em questão incorpora a noção de sistema vivo, dinâmico e em constante troca com o meio ambiente, utilizando uma visão holística que poderá ser útil na compreensão e descrição da funcionalidade e incapacidade humanas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo o objetivo descrever determinada experiência de saúde, todos os componentes são úteis, ou seja, por meio das partes é possível conhecer o todo (Sampaio & Luz, 2009).

2.4. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

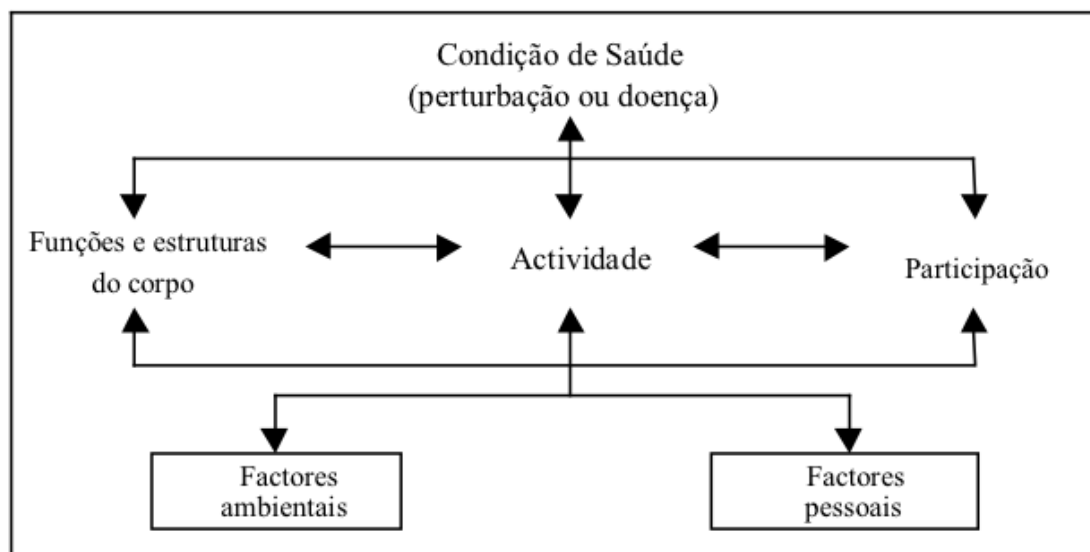
A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (DGS, 2004) originalmente designada por *The International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (WHO, 2001) é uma classificação da saúde e dos estados relacionados com a saúde. Esta classificação proporciona uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde, estabelece uma linguagem padronizada, permitindo uma melhor comunicação entre os profissionais e proporciona um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde (WHO, 2003).

A CIF permite descrever a funcionalidade do ser humano e as suas restrições, organizando esta informação em duas partes:

- Componentes da Funcionalidade e da Incapacidade:
 - Corpo (Funções e Estruturas do Corpo)
 - Atividades e Participação;
- Componentes dos Fatores Contextuais:
 - Fatores Ambientais;
 - Fatores Pessoais.

A funcionalidade do indivíduo é o resultado de uma interação entre a sua condição de saúde e os fatores contextuais (ambientais e pessoais). Assim, através da interação dinâmica entre os vários componentes, a intervenção num elemento pode alterar um ou vários elementos. A figura 1 pretende representar a interação entre os vários componentes e facilitar a compreensão da dinâmica existente entre os mesmos (WHO, 2003).

Figura 1 - Interação entre os diferentes componentes da CIF, adaptado de DGS (2004)



2.4.1. Funções e Estruturas do Corpo

As funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, o que inclui também as funções psicológicas. Quanto às estruturas do corpo, estas referem-se às partes anatómicas do corpo humano como, por exemplo, os órgãos ou os membros. São consideradas deficiências quando existem problemas nas funções ou na estrutura do corpo. Estas deficiências correspondem a um desvio do que é considerado padrão do corpo e das suas funções (WHO, 2003).

2.4.2. Atividade e Participação

Após a ocorrência de um AVC, durante a transição para a vida em comunidade, as pessoas enfrentam muitos desafios (Hoyle, Gustafsson, Meredith, & Ownsworth, 2012). Estes podem incluir dificuldades na participação na vida diária e nas atividades que desempenhavam anteriormente à ocorrência da lesão. A independência na realização destas atividades após a ocorrência de um AVC é de preocupação imediata (Wolf, Brey, Baum, & Connor, 2012). Os efeitos de um AVC afetam não só os indivíduos que sofrem a lesão como também as suas famílias e a sociedade em geral (Mayo, Wood-Dauphinee, Cote, Duncan, & Carlton, 2002).

A CIF define atividade como a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo e define participação como o envolvimento de um indivíduo numa situação de vida real. Por outro lado, as limitações de atividade são definidas como dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de uma atividade. Define-se ainda restrições de participação como dificuldades que um indivíduo pode experimentar aquando do seu envolvimento em situações de vida real (WHO, 2003). Estas podem ser influenciadas por deficiências funcionais e limitações na atividade assim como a interação entre fatores pessoais e ambientais (Hoyle et al., 2012).

A participação é um componente importante a ter em consideração uma vez que tem grande influência nas atividades de vida diária (AVD), na vida social e ainda providencia uma melhor compreensão acerca da funcionalidade geral e da qualidade de vida após a ocorrência do AVC (Hoyle et al., 2012).

A redução da participação após o AVC pode acontecer devido a uma combinação de fatores pessoais e ambientais que diminuem a capacidade do utente para completar determinada atividade (Hoyle et al., 2012).

As funções mentais são também um componente a ter em conta, sendo definidas pela CIF (2003) como funções mentais específicas relacionadas com o sentimento e a componente afetiva dos processos mentais. Algumas pesquisas na área das funções emocionais relatam que a depressão é a condição psiquiátrica mais encontrada nas pessoas com este tipo de diagnóstico, em detrimento de outras condições psiquiátricas comuns como por exemplo a ansiedade (Astrom, 1996 citado por Hoyle et al., 2012). A depressão tem sido apontada como um dos grandes fatores que contribuiu para a redução da participação. As restrições à participação nas AVD e na vida social têm sido associadas a depressão pós-AVC seguidamente à alta hospitalar (Hoyle et al., 2012).

É possível observar nestes utentes, após um AVC, alterações na imagem que têm de si próprios, sendo essa uma imagem negativa e nas suas capacidades em interpretar vários papéis na vida social. As mudanças a nível físico e a diminuição da capacidade de participar nos papéis da vida diária, atividades e relações pessoais podem afetar a identidade e o conceito que têm de si próprios após a ocorrência de um AVC (Hoyle et al., 2012).

As PCA experimentam uma redução na sua capacidade para negociar ações e interações da vida diária. A participação em atividades comunicativas e sociais em geral é influenciada pelas dificuldades a nível de comunicação. Esta está muito relacionada com a saúde social e qualidade de vida para pessoas com afasia. Assim, indivíduos com uma melhor capacidade de comunicação têm menos limitações a nível das funções sociais (Hoyle et al., 2012).

2.4.3.Fatores contextuais

Os fatores contextuais são divididos em dois componentes, tal como anteriormente referido: fatores ambientais e pessoais.

Os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem. Este tipo de fatores é externo ao indivíduo e influencia o seu desempenho de forma positiva ou negativa, a vários níveis: como membro da sociedade, no desempenho de tarefas ou sobre a função ou estrutura do corpo do indivíduo. Os fatores ambientais podem ainda ser decompostos em dois níveis distintos: individual e social.

Segundo a CIF (2003), as barreiras são fatores ambientais que, por estarem presentes ou ausentes, podem limitar a funcionalidade e provocar incapacidade. Estes fatores abrangem aspetos como um ambiente físico inacessível, falta de tecnologia de assistência apropriada e atitudes negativas por parte das outras pessoas em relação à incapacidade. São também de realçar fatores

como serviços, sistemas e políticas que são inexistentes ou que tornam difícil o envolvimento de todas as pessoas com determinada condição de saúde em todas as áreas da sua vida.

Por outro lado, os facilitadores são também fatores ambientais mas melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade de uma pessoa, estando presentes ou não. Os facilitadores incluem aspetos como um ambiente físico acessível, disponibilidade de tecnologia de assistência apropriadas e de atitudes positivas das pessoas em geral. Os serviços, sistemas e políticas que têm por objetivo aumentar o envolvimento de todas as pessoas com alguma condição de pessoa constituem também um facilitador. Os facilitadores podem impedir que determinada deficiência ou limitação na atividade seja uma restrição na participação. No entanto, a ausência de um fator pode também ser um facilitador, como por exemplo, a ausência de atitudes negativas (WHO, 2003).

Pode tomar-se como exemplo uma imagem. Se esta imagem estiver desfocada ou for pequena demais pode tornar-se uma barreira à compreensão da pessoa com afasia. No entanto, se for apresentada uma imagem colorida e focada torna-se então um facilitador para a mesma atividade.

No caso da comunicação oral, falar demasiado depressa constitui uma barreira à compreensão da pessoa com afasia. Se o interlocutor for mais paciente e tiver algum conhecimento sobre a melhor forma de comunicar com determinada pessoa com afasia, esta situação irá facilitar a compreensão do utente e melhorar a sua comunicação.

Quanto aos fatores pessoais, estes são o histórico pessoal do indivíduo do qual fazem parte as características individuais do indivíduo. Dentro dos fatores pessoais podemos encontrar: sexo, raça, idade, condição física, estilo de vida, educação recebida, profissão, padrão geral de comportamento, características psicológicas, entre outros. Estes fatores não são classificados na CIF. No entanto, estão representados na Figura 1 pelo facto de influenciarem, juntamente com os outros componentes, a condição de saúde e a intervenção (WHO, 2003).

2.5. CIF aplicada à afasia

A comunicação entre as pessoas é essencial para estabelecer uma ligação social. Consequentemente, qualquer falha que afete a comunicação afetará também a participação social da pessoa uma vez que esta depende da capacidade de se relacionar com os outros, da interação e da partilha (R. J. P. Dalemans, De Witte, Beurskens, Van Den Heuvel, & Wade, 2010).

As PCA vão possuir dificuldades em desempenhar atividades comunicativas e portanto, irão experienciar restrições na sua participação (R. Dalemans, de Witte, Lemmens, van den Heuvel, & Wade, 2008). O impacto social da afasia é suscetível de ser persistente e generalizado e mesmo uma pequena dificuldade de linguagem pode ter um impacto significativo na vida diária da PCA (R. J. P. Dalemans et al., 2010). A afasia irá afetar particularmente atividades sociais como o emprego, a participação em atividades em comunidade e de lazer envolvendo outros (R. Dalemans et al., 2008). Estas restrições podem criar isolamento social, solidão, perda de autonomia, desenvolvimento de atividades restritas e estigmas (R. J. P. Dalemans et al., 2010).

Indivíduos com participação social mínima têm acesso limitado à convivência social necessária para criar relações com outras pessoas. Este nível de participação é pouco aceitável e requer intervenção direta (R. J. P. Dalemans et al., 2010).

A CIF apresenta um modelo abrangente que pode ser usado aquando do desenvolvimento de instrumentos de avaliação, tratamento e pesquisa não só para pessoas com afasia como para outras populações. Este modelo foca-se no envolvimento da pessoa a nível do corpo e é detalhado

relativamente a uma gama de possíveis atividades e participação, incluindo muitas que envolvem comunicação mas também fora do domínio desta. (Wallace, 2010b).

É dada muita atenção à funcionalidade física da PCA no momento da alta médica, no entanto deveria ser dada a mesma atenção à severidade da afasia que a pessoa possui de forma a compreender a possibilidade de reintegração na vida social. De forma a reintegrar a PCA é necessário ter em atenção as consequências da afasia. Avaliar e reavaliar periodicamente a PCA da sua própria perspetiva tendo em conta todas as atividades de vida diária fornece uma forma de identificar as áreas de vida que são mais importantes para a pessoa (Wallace, 2010b). Assim, a escolha da avaliação e intervenção na afasia deveria ser diretamente influenciada pelos objetivos relativos à participação na vida diária (Dalemans et al., 2010).

É também de referir que o trabalho em equipa multidisciplinar é importante para aumentar a probabilidade de proporcionar uma participação plena com restrições mínimas à mesma (Wallace, 2010b).

Recentemente pode verificar-se um movimento para seguir as diretrizes das Nações Unidas para a abolição das barreiras que limitam a participação das pessoas com incapacidade na sociedade. Para isso, é necessária a criação de ambientes “aphasia-friendly” que se caracterizam por serem ambientes apropriados para pessoas ou grupos de pessoas com afasia. Esta definição pode ser mais abrangente usando a CIF para identificar fatores específicos num ambiente que o torna adequado para as PCA. Tendo em conta este modelo, a participação da pessoa é prejudicada caso a sociedade crie fatores ambientais negativos (barreiras) ou caso esta falhe ao fornecer fatores ambientais positivos (facilitadores). Assim, um ambiente “aphasia-friendly” seria um ambiente em que as barreiras seriam removidas e os facilitadores fornecidos ou reforçados (T. Howe, Worrall, & Hickson, 2010).

No entanto, é necessário ter em atenção que não existe um padrão para este tipo de ambiente que se adequa a todos os utentes com afasia uma vez que os fatores pessoais e as consequências da afasia serão diferentes para cada indivíduo (T. Howe et al., 2010).

Em conclusão, é possível identificar algumas barreiras e facilitadores tendo em conta os vários domínios da CIF. Como facilitadores podem nomear-se os seguintes: modificação de comportamentos do parceiro de comunicação da PCA, informar melhor as pessoas sobre a afasia e sobre as necessidades da PCA, alterar as atitudes negativas para com a PCA, modificar material de leitura, entre outros. Quanto a barreiras podem identificar-se as seguintes: comportamentos do parceiro de comunicação, como por exemplo a fala rápida, reações negativas e ambientes barulhentos (T. Howe et al., 2010).

Ao reduzir limitações no desempenho funcional assim como a promoção da comunicação, a PCA pode tornar-se mais apta na participação social (R. J. P. Dalemans et al., 2010).

2.6. Instrumentos de Avaliação

2.6.1. Instrumentos de Avaliação Internacionais

Segundo Tse et al., (2013), foram encontrados 36 testes com o objetivo de medir a participação. Destes, os mais frequentemente utilizados para avaliar a participação da pessoa, segundo os mesmos autores, são os seguintes:

- *Stroke Impact Scale (SIS)*: normalmente é utilizada apenas a subescala SIS-16. Esta pretende avaliar a participação, mais especificamente a nível das funções físicas. No entanto, este instrumento apenas se refere a quatro dos nove domínios do item *Atividade e Participação* da CIF.

- *Activity Card Sort (ACS)*: este instrumento cobre oito dos nove domínios referentes à *Atividade e Participação* da CIF. É uma medida social, de participação em atividades de lazer.

- *Assessment of Life Habits (LIFE-H)*: aborda sete dos nove domínios referidos anteriormente. Tem como objetivo avaliar a participação social, incluindo AVD e papéis sociais.

- *Frenchay Activities Index (FAI)*: é uma medida do estilo de vida após a ocorrência do AVC. Inclui três subtemas: Tarefas Domésticas, Lazer/Trabalho e Atividades fora de casa.

2.6.2. Perfil de Atividade e Participação (“The Activities/Participation Profile – TAPP”)

A construção do TAPP surgiu devido à falta de dados normativos relativos às atividades desenvolvidas pela população portuguesa e também devido à dificuldade em entrevistar pessoas com afasia de maior gravidade (Matos, Jesus, Cruice, & Gomes, 2013).

O TAPP pretende recolher um grande número de informações sobre a pessoa e as suas atividades de vida diária para um melhor planeamento da posterior intervenção.

Este instrumento é constituído por **107** itens apresentados numa tabela e relacionados com as diferentes áreas da vida descritas no componente *Atividade e Participação* da CIF. Os itens incluem *Atividades de aquisição e aplicação de conhecimentos*: ler e escrever; de *Comunicação*: falar, escrever mensagens, conversação e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação; de *Mobilidade*: andar, deslocar-se, utilização de transportes e conduzir; de *Auto cuidados*: cuidar da própria saúde; da *Vida doméstica*: aquisição de bens e serviços, realizar as tarefas domésticas, cuidar dos objetos da casa e ajudar os outros; de *Interações e relacionamentos interpessoais*: relacionamentos íntimos; das *Áreas principais da vida*: educação, trabalho remunerado e não remunerado e transações económicas básicas; e da *Vida comunitária, social e cívica*: recreação e lazer, religião e espiritualidade e vida política e cidadania.

Cada item deverá ser lido individualmente em voz alta pelo avaliador ou em conjunto com o utente e, se necessário, repetido mais lentamente. As pessoas são questionadas sobre a realização das atividades no pré e pós-AVC. As opções de resposta quanto à frequência de realização da atividade são: diário, semanal, quinzenal, mensal, raramente e nunca. Quando se dá a situação de término da atividade após a ocorrência do AVC é questionado o motivo pelo qual a pessoa deixou de realizar a atividade e se gostaria de retomá-la, sendo esta última parte auxiliada por uma escala analógica de 1 a 5. Caso nunca tenha realizado a atividade, questiona-se a PCA se gostaria de realizar essa mesma atividade, utilizando para a resposta a escala acima referida.

Não é imposto tempo limite de administração e as respostas podem ser dadas de forma verbal oral ou através de outra forma de comunicação, como por exemplo apontar a resposta pretendida.

Capítulo 3

Metodologia

Neste capítulo é apresentado o método utilizado no desenvolvimento deste estudo, sendo referidos todos os passos seguidos para o mesmo. Foram definidos critérios de inclusão para a participação neste estudo de forma a uniformizar a população-alvo. Foram dadas todas as informações acerca do estudo aos participantes e foi por eles (ou pelo cuidador) assinado um consentimento informado. Numa primeira fase foram aplicados três instrumentos: a Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa (BAAL), a “Center for Epidemiologic Studies Depression Scale” (CES-D) e o TAPP. Numa segunda fase foi aplicado novamente o TAPP aos mesmos participantes. Com os resultados obtidos através da aplicação do TAPP, estimou-se a fiabilidade intra-avaliador, inter-avaliador e calculou-se a sua consistência interna.

3.1. Tipo de Estudo

O estudo realizado foi do tipo observacional pois o investigador observa e regista a doença e a forma como esta se relaciona com outras condições, sem que haja uma intervenção por parte do mesmo (Frenteira, 2013). Este estudo possui a particularidade de testar as propriedades psicométricas do instrumento de avaliação em questão. Para o desenvolvimento deste estudo foram ainda criados documentos em formato “aphasia-friendly” baseados nos estudos de Ashton et al., (2008); Brown et al., (2006); T. J. Howe, Worrall, & Hickson, (2008); Wallace, (2010); Linda Worrall, Rose, Howe, McKenna, & Hickson (2007), como auxílio à aplicação do TAPP. Estes estudos referem várias alterações que deverão ser feitas ao material escrito para que a PCA possa ter acesso ao mesmo.

3.2. Contexto do Estudo

O estudo foi desenvolvido em duas instituições de saúde: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e Hospital da Mealhada. Essencialmente, o estudo foi desenvolvido no Serviço de Medicina Física e Reabilitação de cada instituição, onde a prevalência de pessoas com a problemática em questão, a afasia, é elevada. Nestas, foi possível encontrar uma população-alvo adequada à aplicação do instrumento de avaliação TAPP, que correspondesse aos critérios de inclusão definidos. Foi enviado um pedido de autorização para o desenvolvimento do presente estudo nas instituições referidas (ver ponto 3.5).

3.3. Amostra

Foram definidos vários critérios de inclusão para a integração dos participantes neste estudo. Estes critérios de inclusão têm como objetivo uniformizar a população a integrá-lo. Assim, a população-alvo deste estudo apresenta as seguintes características:

- Pessoas de ambos os géneros;
- Pessoas de qualquer idade;
- Falantes nativas do Português Europeu;
- A residir nas suas casas e/ou em casas de familiares, sendo pacientes em regime de ambulatório;
- Sem problemas de audição ou com conhecimento da influência da perturbação da audição na comunicação;
- Com diagnóstico de afasia de acordo com a BAAL (Castro-Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986);
- Nível de compreensão mantida ou com capacidade de resposta sim/não preservada de acordo com a BAAL;
- Não ser analfabeto;
- Com diagnóstico de afasia há pelo menos 3 meses;
- Sem depressão com base no resultado da aplicação da CES-D (Gonçalves & Fagulha, 2004).

Os indivíduos foram selecionados na instituição (CHUC, n=5 e Hospital da Mealhada, n=2) onde frequentam sessões de Terapia da Fala no horário das mesmas e respeitando os critérios de inclusão.

A amostra é não probabilística por conveniência. Tem-se que a amostra é não probabilística pois no procedimento de seleção adotado cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido para integrar a amostra. A amostra foi definida em determinados locais, sendo composta por pessoas que satisfizeram os critérios de inclusão e que deram o seu consentimento para a participação no estudo. Sendo assim, não pode ser considerado que a amostra selecionada é representativa (Fortin, 2000).

3.3.1. Caracterização da Amostra

A amostra inicialmente era de quinze pessoas (n=15) Tendo em conta os critérios de inclusão apresentados, foram excluídos seis utentes inicialmente apontados para integrar no estudo por não reunirem um ou mais dos critérios definidos. Para além destes, foram ainda excluídos dois por motivos pessoais. Assim, a amostra foi reduzida para sete utentes (n=7).

Os utentes que participaram no estudo são naturais da zona centro do país. De forma mais específica, é possível verificar que três são do distrito de Coimbra, dois do distrito de Aveiro, um do de Viseu e um do de Leiria.

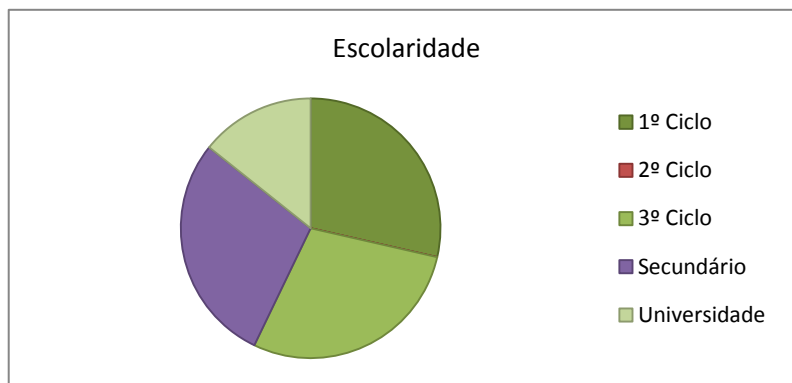
Os utentes avaliados (ver tabela 3) têm idades compreendidas entre os 46 e os 75 anos, sendo a sua média de idades igual a 58.6 e são maioritariamente do sexo masculino. Relativamente ao diagnóstico, de acordo com a BAAL, quatro apresentam afasia de Broca, um afasia de condução, um afasia Transcortical Motora e um afasia Anómica.

Tabela 2 - Caracterização resumida da amostra

Idade	Género	Diagnóstico
Idades entre os 46 e os 75 anos. Média: 58.6. DP: 12.3.	Feminino: 2 elementos (28,6%); Masculino: 5 elementos (71,4%).	Afasia de Broca - 4 Afasia de Condução - 1 Afasia Anómica - 1 Afasia Transcortical Motora - 1

Quanto à escolaridade (ver gráfico 1), em média, os utentes estudaram cerca de nove anos, sendo que dois terminaram o primeiro ciclo do ensino básico (CEB), dois o terceiro CEB, dois o secundário e um prosseguiu estudos, terminando a universidade.

Gráfico 1 - Distribuição da Escolaridade



O tempo de evolução da situação dos utentes avaliados vai desde um ano de evolução até aos dez anos. O tempo de evolução de cada utente está explicitado na Tabela 4. Quanto à CES-D, os valores variam entre oito e vinte. No caso deste valor mais elevado foi verificado em que itens da escala o utente teve a maior pontuação e analisado se eram questões que afetassem o desempenho social do mesmo, ou se por outro lado, eram afirmações como “Senti que valia tanto como os outros”, em que uma pontuação elevada é um fator positivo.

Desta análise foi possível verificar que os valores mais elevados, como por exemplo os valores relativos aos utentes 5 e 6, provêm de itens que se podem considerar positivos. Por exemplo: no caso do utente 5, questões como “Senti que valia tanto como os outros” ou “Senti prazer ou gosto na vida” alcançaram pontuação máxima, originando uma pontuação final elevada, sendo que os itens que se podiam considerar mais negativos (exemplo: “Senti-me sozinho”) receberam a pontuação mínima. Perante esta situação, pode afirmar-se que os utentes não se encontravam em estado depressivo e que a pontuação final elevada, que poderia ser um sinal de depressão, é, na verdade um sinal positivo acerca do estado emocional da pessoa, uma vez que não possuem sinais de anedonia ou disforia.

Tabela 3 - Tempo de Evolução e pontuação da CES-D

Utente	Tempo de Evolução	CES-D
1	2 anos	12
2	10 anos	8
3	1 ano	12
4	4 anos	10
5	8 anos	20
6	6 anos	14
7	1 ano	12

Relativamente a défices apresentados pelos utentes avaliados, foram verificados os seguintes: défices motores, problemas de visão e problemas de audição. Foi possível verificar que a maioria não revelava défices motores pois apenas três dos sete utentes em questão apresentavam hemiparesia direita. Quanto às dificuldades de visão, três utentes utilizavam óculos, sendo que com este auxílio não tinham dificuldades de visão. Em relação aos défices auditivos, nenhum dos utentes avaliados apresentava qualquer tipo de problema nesta área.

3.4. Questões Éticas

Foram enviados pedidos de autorização a várias instituições de saúde a fim de obter a sua aprovação para que parte deste estudo pudesse ser desenvolvido nas mesmas. Foram ainda consultadas duas Comissões de Ética para obtenção de um parecer para o desenvolvimento do estudo: a Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC) e a Comissão de Ética do Hospital Dr. Francisco Zagalo de Ovar. Quanto ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), o presente estudo foi integrado no Projeto HUC 22/08, aprovado pela Comissão de Ética da mesma instituição em resposta ao ofício número 340.

Foram elaborados dois Consentimentos Informados: um não adaptado, elaborado para pessoas sem qualquer incapacidade e um segundo em formato “aphasia friendly”, adaptado a pessoas com afasia. Este segue algumas regras para que a comunicação seja mais eficaz e a compreensão por parte das pessoas com afasia possa ser maior, nomeadamente um aumento do tamanho de letra, um espaçamento maior entre frases, tipo de letra mais adequado, entre outras particularidades (Tanya Rose, Worrall, Hickson, & Hoffmann, 2012; Linda Worrall et al., 2005).

Foi explicado aos utentes em que consistia o estudo, o que seria feito ao longo deste, o que seria pedido aos utentes e a quantidade de vezes que seria necessário estarem disponíveis para o desenvolvimento do estudo. No entanto, foi também explicado que poderiam desistir a qualquer altura, sem prejuízo para eles ou para o seu tratamento habitual. Foi dada aos utentes a oportunidade de esclarecer qualquer dúvida relativamente ao consentimento e ao estudo.

Relativamente à proteção de dados, estes foram recolhidos e analisados apenas com fim estatístico, não sendo utilizados para nenhuma outra finalidade. A confidencialidade dos dados foi mantida, uma vez que se trata de dados pessoais e relativos à saúde dos participantes que foram entrevistados. Assim, os nomes dos utentes foram substituídos por números, ficando os resultados obtidos associados a esse mesmo número.

3.5. Adaptação *aphasia-friendly* do TAPP

Após uma breve revisão sobre o tema, foram criadas adaptações “aphasia-friendly” no TAPP pois estas facilitam a compreensão do material escrito por parte das PCA (Rose, Worrall, & McKenna, 2003). As alterações criadas estão relacionadas com o tamanho do texto (tamanho 14 ou maior), aumento de espaçamento, utilização de imagens fotográficas e simplificação ao nível da sintaxe (Rose et al., 2012; Worrall et al., 2005).

3.5.1. Construção do Manual de Aplicação

Foi construído um Manual de Aplicação com a finalidade de uniformizar a interpretação do instrumento e auxiliar na sua aplicação.

Neste Manual é possível encontrar diferentes informações que se consideraram relevantes para o integrar, nomeadamente: uma descrição do TAPP e os motivos pelos quais este foi construído; a constituição do TAPP e os itens que dele fazem parte e as instruções para a sua aplicação. Por fim, é possível encontrar, em anexo, três folhas construídas para auxiliar o utente na resposta que pretende fornecer:

- Folha 1: opções de resposta relativamente à frequência da realização da atividade;
- Folha 2: motivos pelos quais a PCA poderá ter deixado de realizar determinada atividade;
- Folha 3: escala visual analógica com cinco níveis (de 1 a 5), a fim de facilitar a resposta às perguntas: “Gostaria de retomar a atividade?” e “Gostaria de fazer?”.

Finalmente, também em anexo, é possível encontrar a folha de registo que permite ao profissional de saúde registar as respostas fornecidas pelo utente no momento da avaliação.

Mais informações sobre este Manual de Aplicação podem ser encontradas na Dissertação de Mestrado de Seara (2014).

3.5.2. Opções de Resposta

A folha 1 do Manual de Aplicação corresponde às diferentes opções de resposta que a PCA pode fornecer relativamente à frequência da realização de determinada atividade e foi realizada com o objetivo de auxiliar a PCA a responder de forma adequada. Desta forma, a PCA pode verbalizar ou apontar a resposta que pretende fornecer relativamente ao item questionado, servindo também como apoio visual, concretizando o que se pretende que a pessoa responda.

Este documento foi construído em formato “aphasia-friendly”, seguindo algumas das diretrizes já mencionadas no ponto 3.6.

3.5.3. Motivos

No caso da pessoa não realizar determinada atividade após o AVC mas tendo-a realizado ao longo da sua vida até ao momento da ocorrência do mesmo, é perguntado por que motivo isso aconteceu. A folha 2 do Manual de Aplicação é referente aos motivos pelos quais a pessoa deixou de realizar a atividade em questão. Os motivos apresentados são de carácter social, pessoal e ambiental (Brown et al., 2006; Dalemans et al., 2010; Rautakoski, 2012; Linda Worrall et al., 2007), sendo apresentados seguindo esta mesma divisão.

Este documento tem também um formato “aphasia-friendly”, tendo em conta o tipo de letra, o tamanho e o espaçamento necessário para que a compreensão por parte da PCA seja realizada com mais eficácia.

3.5.4. Construção da Escala Visual Analógica

A Escala Visual Analógica (EVA) pode ser encontrada em anexo, assim como os restantes documentos “aphasia-friendly”. Quando a pessoa deixa de realizar determinada atividade é questionada se gostaria de a realizar novamente. Neste caso, é utilizada a EVA para que a pessoa possa mostrar de uma forma numérica o quanto gostaria de a voltar a realizar (de 1/pouco a 5/muito). A EVA pode ser também utilizada caso a pessoa nunca tenha realizado determinada atividade. Neste caso, é perguntado à PCA se gostaria de iniciar a atividade em questão, pelo que a pessoa pode utilizar esta escala para responder à questão.

3.5.5. Construção do Caderno de Imagens

Foi construído um caderno de imagens, sendo representado cada item do TAPP através de uma imagem fotográfica que pretende simbolizar a atividade em questão.

Este conjunto de imagens, onde pode ler-se a atividade por cima da imagem, tem como objetivo facilitar o acesso à informação por parte da PCA, sendo esta disponibilizada de três formas: auditiva (o TF lê o item), visual a nível da escrita e através da imagem em si.

A imagem a suportar diretamente o texto ajuda a PCA na compreensão do mesmo (Tanya Rose et al., 2012), sendo que a imagem em questão deverá ser uma imagem fotográfica (ou desenhada), neste caso, da atividade em questão em detrimento de outro tipo de imagens (Worrall et al., 2005). Relativamente ao texto, este é escrito diretamente por cima da imagem, com tamanho 30, com as palavras-chave a negrito e com tipo de letra *Verdana*, um dos mais indicados segundo Tanya Rose et al. (2012). É possível encontrar um exemplo de uma folha do Caderno de Imagens em anexo.

3.6. Instrumentos utilizados

Com o intuito de perceber se os participantes poderiam integrar o estudo, tendo em conta os critérios de inclusão, foram aplicados três instrumentos de avaliação aos participantes:

- Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (Castro-Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986) para constatar que o utente possui um quadro de afasia. A BAAL é composta por várias provas, entre elas, provas de nomeação, identificação, repetição, compreensão de ordens simples, entre outras. Consoante as provas, podem ser encontradas particularidades relativamente à pontuação.
- Escala de Depressão. A Escala utilizada foi a “Center for Epidemiologic Studies Depression Scale” (CES-D), adaptada para o Português Europeu por Gonçalves e Fagulha (2004). Através desta escala foi possível perceber se o utente se encontrava num estado depressivo ou não. Esta escala é constituída por vinte itens e tem quatro opções de resposta: “Nunca ou muito raramente”; “Ocasionalmente”; “Com alguma frequência” e “Com muita frequência”. A primeira opção corresponde ao valor zero e às três seguintes correspondem os valores 1, 2 e 3, respetivamente. Cada item deve ser respondido com uma das opções acima referidas,

assinalando a opção com um x. Após o preenchimento, todos os itens são somados tendo em conta a pontuação acima referida.

- “The Activities and Participation Profile” (TAPP) (Matos, 2012). Este pretende caracterizar o perfil da pessoa avaliada, em dois momentos diferentes, antes e após a ocorrência do AVC. Assim, para cada item é assinalada a frequência com que era realizado antes e após o AVC. É possível perceber também porque motivo a atividade deixou de ser realizada, caso seja essa a situação. Para além disso, é possível saber se a pessoa gostaria de voltar a realizá-la ou iniciar essa mesma atividade caso nunca a tivesse feito. Desta forma, é possível, em colaboração com a pessoa, uma intervenção mais focada nas suas necessidades e interesses.

3.7. Fase 1 - Avaliação

Foram recolhidos dados pessoais de natureza demográfica (género, idade, escolaridade, profissão, naturalidade e agregado familiar assim como défices motores existentes e informações quanto ao uso de óculos ou aparelhos auditivos) e dados sobre a situação clínica do utente/participante através da consulta do processo hospitalar e de uma entrevista ao mesmo.

Primeiramente foi aplicada a BAAL a fim de confirmar a existência do diagnóstico de afasia. Foram aplicadas algumas provas deste instrumento, sendo elas as provas de fluência, de nomeação de objetos, de compreensão auditiva de ordens simples e perguntas de sim/não e ainda a prova de repetição de palavras. Recorreu-se aos objetos mencionados nas várias provas para a sua execução.

Após a confirmação do diagnóstico de afasia, foi aplicada a CES-D. Com esta escala foi possível verificar se os utentes se sentiam deprimidos e, assim, excluí-los ou mantê-los no estudo. Quanto à aplicação desta escala, o avaliador leu cada item individualmente em conjunto com o utente, fornecendo as opções de resposta disponíveis, podendo o utente escolher a mais adequada ao item em questão. O item foi repetido sempre que necessário e foram esclarecidas dúvidas sempre que estas surgiram.

Relativamente ao TAPP, este foi aplicado segundo o Manual de Aplicação criado e anteriormente referido no ponto 3.6. Cada item do instrumento foi lido em voz alta pelo avaliador e foi mostrada a imagem correspondente ao item e a Folha 1 relativa à frequência de realização da atividade em questão. Desta forma, o utente pôde responder de forma mais informada e recorrendo a vários estímulos. Caso o utente tivesse deixado de realizar a atividade por completo, perguntou-se por que motivo isso aconteceu, existindo a Folha 2 como auxílio para a resposta a esta questão. Nesta folha é possível encontrar alguns motivos referidos na literatura como os mais comuns a nível social, pessoal e do ambiente. De seguida, era colocada a questão “Gostaria de retomar?”. Para a resposta a esta questão, utilizava-se a EVA presente na Folha 3. Esta escala era também utilizada como auxílio à questão “Gostaria de fazer?” caso a pessoa nunca tivesse desenvolvido a atividade em questão.

3.8. Fase 2 – Reavaliação

Quanto à reavaliação dos participantes, foi aplicado novamente o TAPP, após um período de sete dias, a fim de testar a fiabilidade intra-avaliador. O TAPP foi aplicado pela segunda vez aos mesmos participantes, tendo em conta a mesma metodologia, sendo o único instrumento de avaliação aplicado na fase de reavaliação. Este tipo de aplicação é denominado teste-reteste e traduz o grau de correlação dos resultados em momentos diferentes nas mesmas condições de medição (Fortin, 2000).

Relativamente à fiabilidade inter-avaliador, foram utilizados os dados obtidos por dois avaliadores num mesmo momento (Fortin, 2000), estando os dois presentes na sala com o utente, sendo o objeto de avaliação o mesmo: as respostas dadas pelo utente referentes ao TAPP. A

avaliação dos dois avaliadores foi independente, sendo que um avaliador aplicou o TAPP e ambos tiraram as suas próprias anotações relativamente às respostas dadas pelos participantes. Posteriormente foram analisados os registos dos dois avaliadores e comparados entre si.

3.9. Análise Estatística

Os dados foram tratados estatisticamente através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.0*.

Os testes estatísticos utilizados são não paramétricos uma vez que os dados não correspondem aos postulados da normalidade (Fortin, 2000). Para o cálculo da fiabilidade intra-avaliador e inter-avaliador foi utilizado o teste não paramétrico *Kendall's tau-b*, sendo que este é um coeficiente de correlação que representa o grau de concordância entre duas amostras emparelhadas. Este teste é apropriado para dados distribuídos medidos numa escala ordinal ou constituídos por ranks, que é o caso deste estudo, uma vez que a escala original foi transformada numa escala ordinal de 1 a 7 e também por se tratar de apenas de dois momentos de avaliação. Os valores possíveis para o coeficiente Kendall's tau b encontram-se entre $[-1,1]$.

Para o cálculo da fiabilidade intra-avaliador foram utilizados os dados recolhidos em dois momentos diferentes pelo mesmo avaliador. Para o cálculo da fiabilidade inter-avaliador foram utilizados os dados dos sete utentes avaliados por dois avaliadores diferentes no mesmo momento. Tendo em conta que existiram dois momentos de avaliação distados sete dias entre si, foi aplicado duas vezes o *Kendall's tau-b* para os dois momentos de recolha de dados, relativamente à análise inter-avaliador.

Para avaliar a consistência interna do TAPP, foi calculado o alfa de Cronbach. Após a aplicação do instrumento de avaliação, é aplicado este teste com o intuito de calcular o coeficiente de fiabilidade interna. É necessário prestar atenção a duas características deste teste estatístico: o valor do alfa aumenta com o número de itens do questionário e com correlações mais elevadas entre os itens.

O nível de significância foi definido para 0.05, ou seja, considera-se a probabilidade máxima de 5% para os erros de tipo I (Silva, Coutinho, & Marcelo, n.d.).

Para fins estatísticos, às opções de resposta do TAPP foi atribuído um resultado numérico.

Assim, a escala utilizada no TAPP com as hipóteses de resposta “Diário”, “Semanal”, “Quinzenal”, “Mensal”, “Raramente”, “Nunca” e “Deixou de fazer” foi transformada numa escala de 1 a 7, sendo 1 referente a “Diário”, 2 a “Semanal” e assim sucessivamente. Desta forma, cada resposta dada pelo utente foi transformada num número. Por exemplo, caso o utente antes do AVC fosse a festas (1º item do TAPP) todos os dias esta resposta correspondia ao valor 1. Se após o AVC o utente “deixou de ir”, então esta resposta correspondia ao valor 7.

Com as respostas numéricas dadas relativamente às atividades desenvolvidos no pré e no pós-AVC, foi possível realizar uma diferença de valores. Tomando o exemplo anterior, este utente no 1º item do TAPP teria um resultado final de -6. Foi realizada a diferença de valores para cada item do TAPP.

A partir desta diferença de valores, correspondente a 107 itens (tantos quantos os presentes no TAPP), foi calculada a média para cada utente. Esta média é correspondente às respostas numéricas obtidas, tendo em conta dois momentos: antes e pós-AVC.

Capítulo 4

Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos da adaptação “aphasia-friendly” e os do TAPP. Serão ainda apresentados os resultados da estimação da fiabilidade intra e inter-avaliador e do cálculo da consistência interna.

4.1. Adaptação “aphasia-friendly”

Quanto à adaptação “aphasia-friendly” de alguns documentos para a aplicação do TAPP, é possível concluir que estes devem ser usados para que a PCA tenha um suporte visual da resposta a fornecer e para que a sua compreensão da questão seja mais eficaz. Foi possível reconhecer através do comportamento dos utentes avaliados que estes direcionavam a sua atenção para os documentos e usavam-nos para fornecer a sua resposta à questão colocada.

Quanto às Opções de Resposta (Folha 1), estas estavam dispostas verticalmente numa tabela, tendo seis opções: Diário, Semanal, Quinzenal, Mensal, Raramente ou Nunca. O texto está disposto em cada linha da tabela, separado de forma individual, com um tamanho de letra 30 e com tipo de letra *Verdana*.

Relativamente aos Motivos (Folha 2), estes são separados em motivos sociais, pessoais e de ambiente, sendo que a primeira página tem apenas estas três opções para que a pessoa possa à partida excluir algumas hipóteses. Quanto aos motivos sociais, são apresentados os seguintes: atitudes e ações das pessoas (Ashton et al., 2008b; T. J. Howe et al., 2008), ignorância sobre a afasia (Brown et al., 2006; Linda Worrall et al., 2007) e interações sociais difíceis (Ashton et al., 2008b). Relativamente aos motivos pessoais podem ser encontrados os seguintes: afasia, medo, experiências negativas, novidade, atividade complexa, uso dos braços, uso das pernas, comunicação sem suporte, tempo reduzido para a comunicação, dificuldade em ler e escrever e dificuldades de visão (T. J. Howe et al., 2008; Wallace, 2010a; Linda Worrall et al., 2007). Os motivos de ambiente que constam na Folha 2 são: características dos objetos, barulho, falta de acessibilidade física, uso da tecnologia, falta de informação escrita (Brown et al., 2006; T. J. Howe et al., 2008; Wallace, 2010a; Linda Worrall et al., 2007).

A Folha 3, EVA, é apresentada a seguir a cada item caso a pessoa tenha deixado de realizar uma atividade ou caso nunca a tenha realizado. A EVA é constituída por cinco possibilidades numéricas de resposta: de 1 a 5, em que os valores mais baixos correspondem a “Pouco” e os mais altos a “Muito”. Foi aplicada também uma seta iniciada em 1 e terminada em 5 a fim de promover a compreensão de que é uma escala gradativa. Este documento está construído num formato “aphasia-friendly”, tal como os anteriores.

O Caderno de Imagens contém uma imagem fotográfica para cada item do TAPP, num total de 107 imagens e, por cima, uma frase escrita com a atividade que esta pretende transmitir. As imagens foram retiradas pelas autoras da presente Dissertação e por Seara (2014). Estas foram tiradas com as seguintes máquinas: Olympus X815 e Samsung, PL50. As imagens foram apresentadas numa capa que o próprio utente pode manusear, passando-as à medida que os itens vão sendo avaliados.

4.2. TAPP

Através da diferença de valores obtida (referida no ponto 3.10), foi possível calcular a média para cada utente avaliado. Estes resultados encontram-se nas tabelas 5 e 6. As tabelas apresentadas são relativas respetivamente à primeira e à segunda avaliação. Relativamente a estes valores, é de referir que quanto mais negativos pior o resultado final, ou seja, quantas mais atividades o utente deixou de realizar ou diminui a frequência com que as realizava, mais negativo será o valor final. Por outro lado, se o valor for positivo, significa que o utente iniciou muitas atividades após a ocorrência do AVC. Se, porventura, o valor obtido é igual a zero, então significa que a frequência com o que o utente realizava a atividade no pré-AVC é igual à pós-AVC. É possível verificar pelas tabelas 5 e 6 que os utentes deixaram de realizar muitas atividades uma vez que as médias, ou seja, o resultado final das respostas aos 107 itens é negativo. Tomando como exemplo o utente 6, pela aplicação do TAPP, pode verificar-se que este terá sido o menos afetado ao nível da atividade e participação pois é o utente que apresenta uma média mais positiva, relativamente aos restantes. Isto verifica-se tanto na primeira avaliação como na segunda. Contrariamente, o utente que terá mais restrições na sua participação será o utente 4 pois apresenta uma média com valor mais elevado.

Tabela 4 - Médias da 1ª Avaliação

1ª Avaliação				
PCA	Avaliador 1		Avaliador 2	
	Média	DP	Média	DP
1	-0.45	1.71	-0.45	1.74
2	-0.97	2.19	-0.94	2.13
3	-0.59	2.03	-0.61	2.00
4	-1.07	2.25	-1.04	2.22
5	-0.38	1.58	-0.42	1.62
6	-0.14	1.14	-0.14	1.14
7	-0.49	1.81	-0.52	2.02

Tabela 5 - Médias da 2ª Avaliação

2ª Avaliação				
PCA	Avaliador 1		Avaliador 2	
	Média	DP	Média	DP
1	-0.78	1.89	-0.77	1.88
2	-0.95	2.00	-0.91	1.96
3	-0.48	1.60	-0.48	1.63
4	-0.88	1.95	-0.81	1.99
5	-0.51	1.67	-0.50	1.67
6	-0.16	1.22	-0.17	1.22
7	-0.49	1.81	-0.48	1.81

Ao aplicar o TAPP e fazendo a diferença de valores acima referida foi possível observar que muitas atividades não sofreram alteração, isto é, caso a pessoa não realizasse determinada atividade antes de sofrer o AVC também não a fazia atualmente e, na grande maioria das vezes,

não era uma atividade de interesse para o utente. Por outro lado, também foi possível perceber que o desenvolvimento de algumas atividades se mantinha inalterado. Na tabela 7 pode observar-se o número de itens em que a diferença de valores foi igual a zero, ou seja, os itens em que não foi verificada alteração no desenvolvimento de determinadas atividades constantes no TAPP. É de relembrar que o número total de itens presentes no TAPP é 107.

Tabela 6 - Atividades que se mantiveram inalteradas

Utente	Nº de itens	Percentagem
1	88	82%
2	79	74%
3	86	80%
4	67	62%
5	81	76%
6	94	88%
7	75	70%

Para além das atividades que se mantiveram inalteradas, importa perceber que atividades a PCA deixou de realizar. A atividade “Ir trabalhar” é a mais expressiva nesta amostra uma vez que quatro dos sete utentes avaliados deixaram de trabalhar após a ocorrência do AVC, sendo que dois alteraram o local de trabalho ou as responsabilidades que tinham no mesmo. Através da análise da Tabela 8, verifica-se que a atividade que afeta maior número de PCA da amostra é “Falar ao telemóvel”, afetando 71% da amostra (n=7).

Tabela 7.a. – Atividades que deixaram de ser realizadas

Atividade	Nº PCA	Atividade	Nº PCA
Ir a reuniões	4	Ler extratos bancários	2
Ir à manicura	1	Ler horários	2
Ir ao café	2	Conduzir	4
Ir a um bar	1	Andar em transportes públicos	2
Ir ao clube/associação da terra	2	Usar multibanco	2
Realizar <i>hobbies</i>	2	Lidar com dinheiro	2
Ir a instituições públicas	1	Usar cheques	2
Ir às compras nas lojas	1	Usar o computador	1
Ir almoçar/jantar fora de casa	1	Ouvir rádio	3
Ir ao cinema	1	Assinar o nome	3
Ir a um concerto	1	Escrever uma carta	4
Ir a museus	1	Escrever recados	1
Ir a um jogo	1	Escrever mensagens no telemóvel	3
Ir trabalhar	4	Escrever lista de compras	1
Levar/buscar o filho/neto a outro lugar	1	Preencher formulários	2
Passear no jardim	1	Fazer palavras cruzadas	3
Passear no lardo da aldeia/vila	1	Jogar cartas	3
Viajar	3	Jogar outros jogos tradicionais	1
Viajar em excursões	2	Praticar desporto	3
Ir de férias	2	Fazer renda	1
Passar fora o fim-de-semana	2	Pintar	1
Caminhar	1	Cantar	1
Ir à praia	2	Ter relações sexuais	2

Tabela 7.b. – Atividades que deixaram de ser realizadas

Atividade	Nº PCA	Atividade	Nº PCA
Ir à missa	2	Ter aulas/formação	3
Rezar	1	Falar com empregados em lojas	1
Ir ao quintal	2	Falar com estranhos	2
Dar de comer aos animais	1	Falar em grupo	2
Fazer atividades de vida doméstica	1	Falar ao telemóvel	5
Tratar das contas da casa	3	Contar anedotas	3
Ler cartas	1	Dar aulas/formação	1
Ler revistas	1	Dar catequese	1
Ler o jornal	2	Tratar do jardim	1
Ler um livro	4	Tomar conta de crianças	1
Ler mapas	3	Tomar conta de familiares	1
Ler mensagens no telemóvel	4	Encomendar algo	1

4.3. Motivos

Pela aplicação do TAPP, foi possível perceber o que levava as PCA a deixarem de desempenhar determinadas atividades.

O principal motivo apontado onze vezes por quatro pessoas foi a *afasia*. Esta dificultava tarefas como “Ir a reuniões” ou “Tratar das contas da casa”. O segundo motivo mais apontado foi a *hemiparesia*, que contempla o uso das pernas ou braços. Este motivo foi referido nove vezes por quatro pessoas. De seguida, a *reforma* ou *baixa médica* foi um motivo apontado para a cessação da atividade “Ir trabalhar” mas também de outras atividades relacionadas com a profissão da pessoa na fase pré-AVC, tais como “Encomendar algo” ou “Dar aulas/formação”.

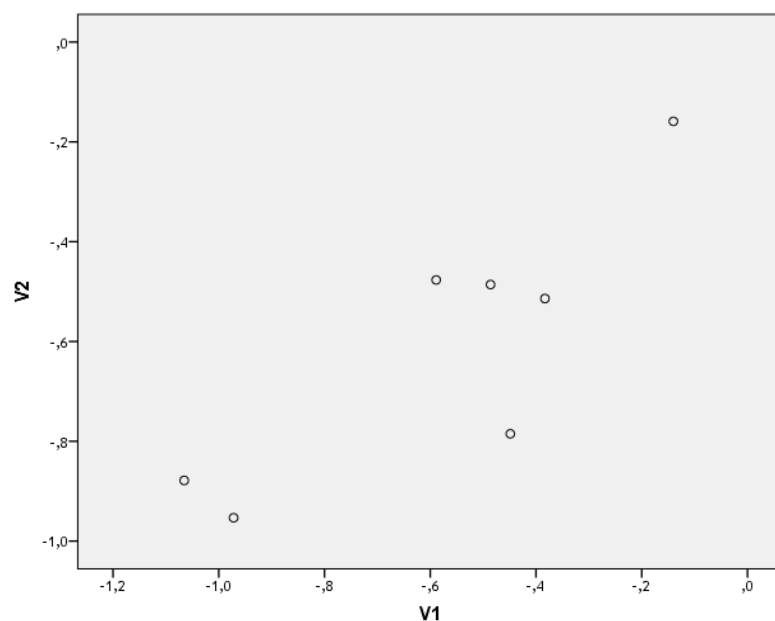
Outros motivos foram apontados pelas PCA tais como: dificuldades de visão, atualmente não gostar da atividade, não conseguir realizar a atividade, não conduzir, dificuldades em ler e escrever e não precisar.

Os motivos menos referidos foram: a *distância* para a atividade “Ir ao clube/associação da terra”, pois o utente residia longe do mesmo; as *crianças cresceram*, para a atividades “Tomar conta de crianças” e “Levar/buscar o filho/neto à escola”; *cansaço*; o facto de *preferir ficar em casa*; *ignorância sobre a afasia*; *vê na televisão*, referente à atividade “Ir à missa”; *outros interesses*; *não tem tempo*; o *familiar morreu*, ou seja, a pessoa de quem tomava conta e *paga em dinheiro* para a atividade “Passar cheques”.

4.4. Fiabilidade Intra-avaliador

Foi possível verificar que existe uma correlação positiva com valor igual a 0.43, com um nível de significância de 0.088 (n=7), o que significa que o valor de correlação apresentado não é estatisticamente significativo pois o nível de significância havia sido definido para 0.05.

Gráfico 2 – Correlação entre dois momentos de avaliação do Avaliador 1

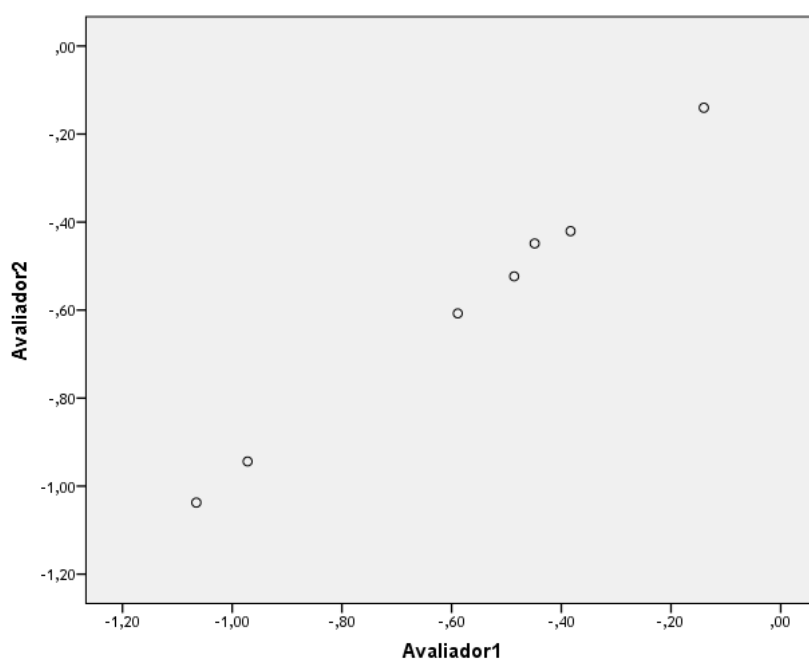


4.5. Fiabilidade Inter-avaliador

1ª Avaliação

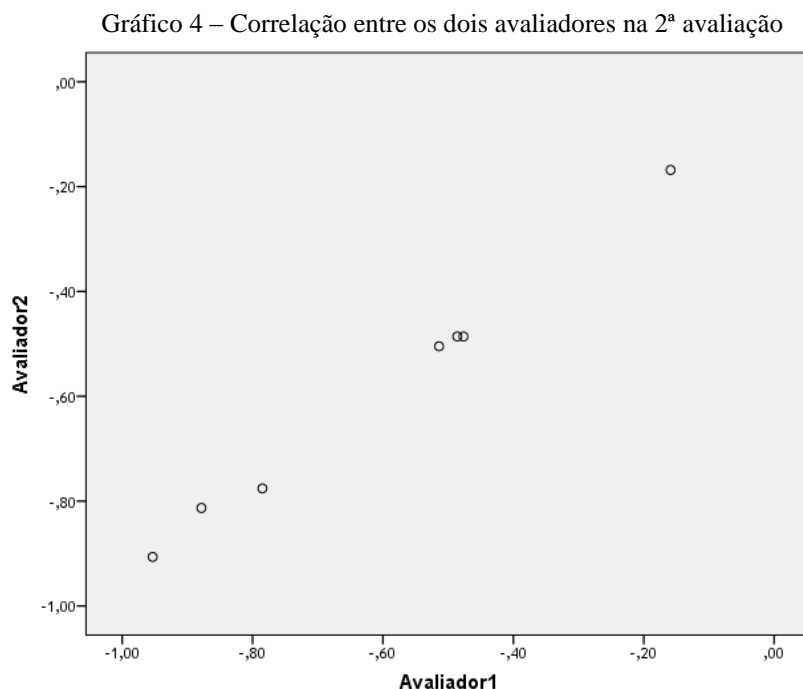
Para a primeira avaliação efetuada, o resultado do coeficiente aplicado (Kendall's tau b) foi igual a 0.999, o que revela uma concordância praticamente máxima entre os registos dos dois avaliadores.

Gráfico 3 – Correlação entre os dois avaliadores na 1ª avaliação



2ª Avaliação

O valor do *Kendall's tau-b* é igual a 0.98, para um nível de significância de 0.002, o que significa que o valor de correlação é estatisticamente significativo. A correlação existente entre os Avaliadores 1 e 2 é grande, aproximando-se do valor de 1, o que significa uma concordância muito boa, tal como acontece na primeira avaliação.



4.6. Consistência Interna

O alfa de Cronbach foi calculado com base na diferença de valores obtida a partir das respostas dos utentes. Foram utilizados os dados dos sete utentes avaliados, ou seja, para cada um dos utentes existiu um total de 107 respostas.

Os valores do coeficiente de fiabilidade interna variam entre 0 e 1. No entanto, o resultado standard deste coeficiente deveria situar-se à volta de 0.7 (Fortin, 2000). Valores do alfa de Cronbach entre podem situar-se entre 0.7 e 0.8, podendo ser considerados valores que transmitem uma boa fiabilidade interna da escala que se pretende analisar (Field, 2005).

O alfa de Cronbach é igual a 0.53, $n=107$. Tendo em conta que o valor para uma consistência interna razoável é 0.7, pode afirmar-se que este valor é baixo. Relativamente à média, esta é igual a -4.08 e o desvio-padrão é de 6.63. A média é negativa devido à possibilidade de existência de respostas negativas devido à diferença de valores realizada e explicada no ponto 3.10.

Capítulo 5

Discussão

Um passo fundamental na análise estatística de um instrumento de avaliação ou questionário consiste na avaliação de duas características fundamentais: a fiabilidade e a validade. A fiabilidade é definida como a consistência ou estabilidade de uma variável (Breakwell, Smith, & Wright, 2012).

A validade é referente ao significado ou correta utilização de uma variável (Fortin, 2000). Um instrumento pode ter fiabilidade mas não ter validade, e vice-versa. No entanto, sem fiabilidade adequada, a medida não pode ter validade adequada, sendo que a primeira é necessária mas não garante a segunda.

5.1. Consequências da afasia

Tal como referido ao longo do Capítulo 2, o AVC e a afasia provocam grandes alterações tanto físicas como psicológicas na vida das pessoas que sofrem estas problemáticas. De igual modo, interfere na vida diária das pessoas ao nível do desempenho de atividades e participação social. Tal como descrito por Dalemans et al. (2008), a afasia irá afetar particularmente atividades sociais como o trabalho, a participação em atividades em comunidade e de lazer, uma vez que afeta a comunicação levando a restrições na participação.

Em Portugal, a prática clínica desenvolvida junto das PCA tem vindo a modificar-se, procurando integrar uma perspetiva mais alargada de intervenção (Matos et al., 2013), não só focada nos défices linguísticos mas abrangendo outras áreas da vida, nomeadamente a participação social e desenvolvimento de atividades.

O TAPP permite identificar de forma muito precisa que atividades a pessoa deixou de realizar e quais iniciou após o episódio de AVC. Para além desta informação, e também muito relevante, é perceber o porquê destas modificações. Foi possível perceber ao longo do desenvolvimento deste estudo que o motivo pelo qual alguns utentes deixaram de realizar algumas atividades não estava diretamente relacionado com o AVC. No entanto, a grande maioria da cessação de atividades era devido às dificuldades que sentiam em realizá-las, principalmente devido à afasia e a incapacidades motoras. A dificuldade de comunicação foi um dos motivos mais referidos para a cessação de algumas atividades. Por outro lado, um grande número de utentes refere as incapacidades físicas como um dos motivos que os impedem de desenvolver algumas atividades que desenvolviam pré-AVC. Tal como no estudo de (Matos, Jesus, & Gomes, 2013) um dos principais motivos para o término das atividades são as alterações de linguagem, as incapacidades motoras e reações emocionais. As atividades de leitura e escrita também sofrem grande alteração com a afasia, como por exemplo fazer palavras cruzadas, ler um livro ou escrever uma carta.

A perda do trabalho (ou reforma antecipada) após a instalação da afasia neste estudo ocorreu em cerca de 57% da amostra. Também no estudo de Sjöqvist Nätterlund (2010), a perda do trabalho e das rotinas diárias em geral é referida como das primeiras alterações após a instalação da afasia. Igualmente no estudo de Le Dorze & Brassard (1995), é referido que algumas PCA retornam ao trabalho mas a um nível diferente ou com responsabilidades diferentes. O mesmo aconteceu no presente estudo, em que a maioria passou para a fase da reforma. No entanto, um

participante manteve o emprego, embora com responsabilidades diferentes e um mudou de emprego por não ter capacidade para manter o anterior.

Atividades como ler um livro, ler mensagens no telemóvel ou atividades de escrita comportam também grande dificuldade para as PCA, como demonstrado na Tabela 8. As pessoas reconhecem que a sua capacidade para ler e escrever é um problema que se instala com a afasia, sendo mais fácil ler em silêncio do que em voz alta ou em grupo (Sjöqvist Nätterlund, 2010). O ato de conduzir parece ser das atividades que mais pessoas deixam de fazer (57%). Muitos utentes deixam de conduzir durante um longo período de tempo após o AVC (Sjöqvist Nätterlund, 2010), seja por medo ou por incapacidade física.

A atividade que parece afetar mais pessoas nesta amostra é “Falar ao telemóvel” (71%). As PCA precisam de mais tempo para a comunicação, principalmente para pensarem no que desejam dizer, formular a sua intervenção e também para compreender o que as pessoas dizem (R. Dalemans et al., 2010). Assim, é necessário intervir diretamente nas capacidades que a PCA tem e nas que deseja desenvolver, a fim de a tornar mais independente e socialmente ativa. Por outro lado, é necessário intervir também nos parceiros de comunicação na medida em que estes podem receber informação sobre a afasia e sobre a melhor forma de comunicar com a PCA.

As adaptações realizadas no instrumento, a EAV (Folha 1), a lista de motivos (Folha 2), as Opções de Resposta (Folha 3) e o Caderno de Imagens tornaram o TAPP um instrumento em formato *aphasia-friendly* que facilita a comunicação entre o avaliador/terapeuta da fala e o utente. Foi possível perceber através do comportamento dos utentes (por exemplo: direcionar o olhar para determinado documento procurando dar a resposta) que a criação destes documentos é uma mais-valia na aplicação do TAPP pois facilita a compreensão tanto dos itens propriamente ditos como também da questão e do que se espera que a pessoa responda, tendo a PCA um apoio visual para a resposta que pretende fornecer ao terapeuta.

5.2. Fiabilidade Intra-avaliador

Relativamente a este tipo de fiabilidade pretende-se medir a correlação existente entre o registo que é feito por um avaliador em dois momentos diferentes (Breakwell et al., 2012) tendo em conta o mesmo questionário ou, neste caso, o mesmo instrumento de avaliação. Tendo em conta que o valor obtido através da aplicação do coeficiente *Kendall's tau-b* é aproximadamente 0.43, pode afirmar-se que a correlação entre os dois registos não é forte, pois os resultados deste teste podem variar entre -1 e 1, sendo que quanto mais próximo dos extremos maior será a correlação entre as duas variáveis a medir.

Assim, pode concluir-se que em duas aplicações, separadas no tempo, o valor obtido na totalidade do teste, ou seja, a média obtida sobre o total de respostas tem grande variabilidade. Analisando os dados obtidos de forma mais aprofundada, pôde verificar-se que os utentes da primeira para a segunda avaliação mudavam as respostas dadas a cada item, o que influencia o total e, consequentemente, a média de cada utente, influenciando também o resultado estatístico final. Esta diversidade de respostas poderá dever-se ao facto de que numa primeira aplicação, as PCA poderiam não ter compreendido totalmente o que o avaliador tentou transmitir visto tratar-se de um parceiro de comunicação desconhecido. Este resultado pode ser devido à inconsistência das respostas provocada pela própria afasia, ou seja, apesar do esforço feito no sentido de transformar o TAPP num instrumento “*aphasia-friendly*”, não te sido possível assegurar que as PCA compreenderam totalmente os itens apresentados, quer pelos défices de compreensão apresentados

quer pelos défices de leitura, não objetivados neste estudo. Por outro lado, pode ser devido à extensão do teste, sendo que o cansaço das pessoas pode provocar desatenção e alteração das respostas dadas.

Tomando como exemplo o instrumento de avaliação LIFE-H (ver capítulo 2), este possui em sete de 10 categorias avaliadas, valores de fiabilidade intra-avaliador a rondar os 0.75 (Noreau et al., 2004). Em comparação com os valores obtidos utilizando o TAPP, pode observar-se que no LIFE-H estes são superiores, ou seja, existe uma maior correlação entre as avaliações realizadas. Assim, pode concluir-se que os valores obtidos por este instrumento serão mais fiáveis a cada aplicação do mesmo. No entanto, é de referir que apesar dos dois instrumentos referidos medirem os mesmos componentes da CIF (Atividade e Participação), não têm o mesmo grau de especificação e o LIFE-H não é diretamente direcionado para pessoas que sofreram um AVC. Por outro lado, no estudo de Noreau et al. (2004) utilizando este instrumento, a amostra era maioritariamente pessoas idosas com uma média de idades de 78 anos (DP=86.2).

No caso do instrumento SIS, o resultado do teste-reteste é de 0.70, sendo que este valor é resultante da aplicação de um ICC (*intraclass correlation coefficient*). Neste caso, este valor é também mais alto que o observado na aplicação do *Kendall's tau b* do TAPP.

5.3. Fiabilidade Inter-avaliador

Para a primeira avaliação, ou seja, na primeira aplicação do TAPP aos utentes avaliados, a correlação entre os dois avaliadores foi excelente, uma vez que o valor do *Kendall's tau-b* foi igual a 0.999, o que corresponde a uma concordância praticamente perfeita entre os registos dos dois avaliadores. Isto significa que existe uma forte correlação entre os registos dos dois avaliadores na primeira avaliação. Através do gráfico 2 em que é apresentada a correlação entre os dois avaliadores no primeiro momento de avaliação, é possível verificar que existe uma correlação bastante alta uma vez que os pontos se encontram todos em diagonal.

Tendo novamente em conta o LIFE-H (ver capítulo 2), este possui valores relativos à análise inter-avaliador a rondar valores de 0.60, valor obtido através da análise do ICC. No entanto, estes valores referem-se a alguns componentes (seis AVD e quatro componentes sociais), sendo que o ICC decorrente desta análise é igual a 0.89 (Noreau et al., 2004), revelando grande correlação. Este valor é referente à pontuação total que engloba seis AVD (cuidado pessoal, nutrição, mobilidade, vida doméstica, condição física e comunicação) e quatro outros componentes: responsabilidade, vida em comunidade, lazer e relações interpessoais. Recorrendo por exemplo ao FAI, é possível verificar que possui valores de fiabilidade inter-avaliador de 0.90 (Post & Irv, 2003), sendo mais fiável a este nível que o LIFE-H.

Relativamente à segunda aplicação, o valor de correlação baixou ligeiramente, sendo de 0.98, com um nível de significância de 0.002 (estatisticamente significativo), o que sugere também uma forte correlação entre os registos dos dois avaliadores, sete dias após a primeira avaliação.

Neste caso, o TAPP revela melhores valores que alguns testes referidos anteriormente que pretendem medir os componentes Atividades e Participação da CIF.

5.4. Consistência Interna

A consistência interna pode ser medida através do Alfa de Cronbach. O Alfa de Cronbach mede a correlação existente entre os diferentes itens de um determinado grupo/questionário (Breakwell et al., 2012). Este teste é considerado uma medida de fiabilidade de escalas. Analisando os dados e obtendo um valor alto do alfa de Cronbach, pode concluir-se que a relação entre os itens estudados é grande. Assim, o valor mínimo aceitável para o alfa é de 0.70 (Nunnally, 1978), sendo que abaixo deste valor deve considerar-se a consistência interna de uma escala ou questionário baixa. O valor máximo será de 0.90 e deve considerar-se que acima deste valor existirá redundância, ou seja, vários itens estarão a medir o mesmo (Almeida et al., 2010). Por outro lado, o alfa de Cronbach tende a subavaliar a fiabilidade total de uma medida, estimando de forma conservadora a verdadeira fiabilidade (Garcia-marques, 2006).

Sendo que o valor do alfa de Cronbach obtido para o presente estudo é de 0.531 e segundo o exposto anteriormente, pode afirmar-se que a consistência interna do TAPP é fraca.

Contudo, analisando de forma mais aprofundada, pôde verificar-se que na Matriz de Correlação inter-item existiam correlações de valor negativo. O que deveria acontecer seria uma matriz com todas as correlações positivas, de forma a obter uma boa escala, pois neste caso os itens não estariam todos a medir o mesmo fenómeno. Esses valores negativos encontrados influenciariam o alfa de Cronbach caso fosse necessário eliminar algum item. O menor valor presente na coluna de Correlações Corrigidas irá produzir um aumento no valor do alfa de Cronbach caso esse mesmo item fosse eliminado, o que significa que as respostas do Utente 2 poderão estar a influenciar negativamente o alfa de Cronbach. No entanto, o suposto alfa que se obteria eliminando estas respostas é apenas ligeiramente superior ao valor atual de 0.531. Pelo que, a fim de o tornar mais elevado, o item deveria ser eliminado. Quanto aos restantes valores, caso um dos utentes fosse eliminado, o alfa tornar-se-ia mais baixo que o inicial, o que revela que estes dados não deveriam ser retirados a fim de manter o alfa no valor mais alto possível.

Comparando o valor do alfa de Cronbach do TAPP com o instrumento FAI (ver capítulo 2), pode verificar-se que este é bastante superior, sendo de 0.81 (Post & Irv, 2003). Assim, a consistência interna desta escala é superior à do TAPP, com um valor acima de 0.70 e abaixo de 0.90, tal como referido como aceitável por Almeida et al. (2010) e por Nunnally (1978).

Capítulo 6

Conclusões, Limitações e Trabalho Futuro

Neste capítulo realiza-se uma síntese de todo o trabalho desenvolvido, com base nos resultados obtidos. Primeiro apresentam-se as principais conclusões do presente estudo e, posteriormente, as sugestões de trabalho futuro que poderão complementar os resultados obtidos.

6.1. Conclusões

O objetivo principal deste estudo era testar algumas propriedades psicométricas: estimar a fiabilidade intra e inter-avaliador e calcular a consistência interna. Era pretendido também criar alguns documentos em formato “aphasia-friendly” para auxiliar na aplicação do TAPP e perceber se a afasia interfere nos níveis de atividade e participação da PCA.

Para o desenvolvimento deste estudo foram criadas três folhas: Folha 1- onde estão presentes as várias opções de resposta; Folha 2 - Motivos, caso a pessoa tivesse cessado a atividade após o AVC; Folha 3 - EVA de 1 a 5 e um Caderno de Imagens (fotográficas). As Folhas acima referidas podem ser encontradas nos anexos 6.1, 6.2 e 6.3, no Manual de Aplicação. Estas alterações foram consideradas benéficas pois foi possível verificar que as PCA orientavam a sua atenção para os documentos acima referidos, tornando-se estes uma ajuda na compreensão da questão e um auxílio também na resposta pretendida.

Foi possível concluir, com o presente estudo, que a afasia interfere na vida diária da PCA criando restrições à sua participação social e limitações nas atividades que pretende desenvolver e as quais eram desenvolvidas numa fase pré-AVC. Através do TAPP, é possível perceber exatamente quais as atividades que as pessoas desenvolviam antes da ocorrência do AVC e quais, por vários motivos, deixaram de realizar.

Relativamente à estimação da fiabilidade intra-avaliador, foi possível concluir que não é uma fiabilidade considerada forte. Quanto à fiabilidade inter-avaliador, conclui-se que existe uma correlação muito boa entre os registos dos dois avaliadores, tanto na 1ª como na 2ª avaliação. O coeficiente de fiabilidade interna do TAPP é considerada baixo.

Apesar do TAPP não ter valores aceitáveis em termos de fiabilidade intra-avaliador e de consistência interna, é um instrumento que pode ajudar o TF a compreender em que áreas da vida do utente é necessário intervir inicialmente. Uma vez que cada atividade pertence a um determinado domínio, é possível identificar os domínios em que a PCA sente mais incapacidade e iniciar a intervenção pelas necessidades que o utente considera mais prementes. Através da aplicação do TAPP é também possível perceber que atividades o utente gostaria de realizar e assim iniciar uma intervenção mais focada no desenvolvimento de capacidades que o permitam desenvolvê-las, tornando-o mais autónomo e satisfeito com as atividades que desenvolve diariamente.

6.2. Limitações

Durante o desenvolvimento deste estudo foram sentidas algumas limitações/dificuldades. Uma vez que os critérios de inclusão eram muito específicos, a seleção de utentes que reunissem todos os critérios de inclusão foi dificultado. Apesar de muitos utentes terem sido diagnosticados com afasia, nem todos podiam integrar o estudo devido a critérios como “Viver no domicílio”. Assim, a amostra que se apresenta no presente estudo é uma amostra reduzida. Por outro lado, os utentes avaliados pertencem todos à mesma região (região centro do país) e por estes motivos já referidos poderá afirmar-se que a amostra deste estudo não é representativa dos utentes de AVC de todo o país.

Relativamente a infraestruturas físicas foi, por vezes, difícil obter um espaço onde realizar as avaliações, de forma a não interferir no normal funcionamento da instituição. O tempo de desenvolvimento da Dissertação no seu todo foi muito reduzido, sendo o tempo de recolha de dados particularmente reduzido, pelo que se tornou difícil o agendamento das várias sessões com os vários utentes. É de referir que a recolha foi realizada nos meses de Verão, o que também dificultou a mesma por motivo de férias dos terapeutas.

Devido aos instrumentos a aplicar (três instrumentos) na primeira sessão, foi possível verificar que os utentes se sentiam cansados com o tempo despendido e com as várias questões colocadas. Notou-se também alguma dificuldade devido à extensão do TAPP, tendo este um número elevado de itens e várias questões às quais responder.

6.3. Trabalho Futuro

Como trabalho futuro a desenvolver poderia ser interessante recolher uma amostra maior, com utentes distribuídos um pouco por todo o país. Desta forma, não só seria uma amostra representativa como pessoas de diferentes locais poderiam realizar atividades diferentes com maior frequência, tornando as respostas mais enriquecedores do ponto de vista da diversidade.

Poderiam ser realizadas algumas alterações no TAPP, como por exemplo, a disposição dos itens. Estes poderiam ser agrupados por tópicos, como por exemplo, todos os itens referentes a atividades que envolvam sair de casa encontrarem-se juntos e dispostos numa sequência.

Poderiam também ser feitas alterações relativamente a algumas imagens pertencentes ao Caderno de Imagens construído por as atuais não serem as mais indicadas ou explícitas. As imagens poderiam ser avaliadas de forma formal pelas PCA, incluindo comentários ou classificações das mesmas relativamente à qualidade da imagem, complexidade da mesma e pertinência.

Bibliografia

- Almeida, D., Santos, M. A. dos, & Costa, A. (2010). Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da Saúde Pública.
- Andersson, S., & Fridlund, B. (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 285–292. doi:10.1046/j.1365-2850.2002.00480.x
- Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Miami: Florida International University.
- Ashton, C., Aziz, N. A., Barwood, C., French, R., Savina, E., & Worrall, L. (2008a). Communicatively accessible public transport for people with aphasia: A pilot study. *Aphasiology*, 22(3), 305–320. doi:10.1080/02687030701382841
- Ashton, C., Aziz, N. A., Barwood, C., French, R., Savina, E., & Worrall, L. (2008b). Communicatively accessible public transport for people with aphasia: A pilot study. *Aphasiology*, 22(3), 305–320. doi:10.1080/02687030701382841
- Astrom, M. (1996). Generalized anxiety disorder in stroke patients: a 3-year longitudinal study. *Stroke*, 27(2), 270–275.
- Benson, D. F. (1979). *Aphasia, Alexia and Agraphia*. New York: Churchill Livingstone.
- Benson, D. F., & Ardila, A. (1996). *Aphasia: a Clinical Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Breakwell, G., Smith, J., & Wright, D. (2012). *Research Methods in Psychology* (4ª edição.). London: Sage.
- Brown, K., McGahan, L., Alkhaledi, M., Seah, D., Howe, T., & Worrall, L. (2006). Environmental factors that influence the community participation of adults with aphasia: The perspective of service industry workers. *Aphasiology*, 20(7), 595–615. doi:10.1080/02687030600626256
- Byng, S., & Duchan, J. F. (2005). Social model philosophies and principles: Their applications to therapies for aphasia. *Aphasiology*, 19(10-11), 906–922. doi:10.1080/02687030544000128
- Cancela, D. M. G. (2008). *O acidente vascular cerebral - Classificação, principais Consequências e Reabilitação* (pp. 1–18). Porto.
- Carleto, N. G. (2011). *Qualidade de vida dos pacientes afásicos e seus familiares*. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Castro-Caldas, A. (1979). *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular*. University of Lisbon, Portugal.
- Chapey, R. (2008). *Language intervention strategies in Aphasia and related neurogenic communication disorders*. (P. Sabatini, Ed.) (5ª edição.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Costa, D. C. A. (2003). *Qualidade de Vida pós-AVC - resultados de uma intervenção social*. Universidade do Porto, Porto.
- Dalemans, R., de Witte, L., Lemmens, J., van den Heuvel, W. J., & Wade, D. (2008). Measures for rating social participation in people with aphasia: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 22(6), 542–55. doi:10.1177/0269215507087462

- Dalemans, R., de Witte, L., Wade, D., & van den Heuvel, W. J. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, 45(5), 537–50. doi:10.3109/13682820903223633
- Dalemans, R. J. P., De Witte, L. P., Beurskens, A. J. H. M., Van Den Heuvel, W. J. a, & Wade, D. T. (2010). An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32(20), 1678–85. doi:10.3109/09638281003649938
- Damásio, A. (1973). *Neurologia da Linguagem*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Darley, F. L. (1982). *Aphasia*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., & Togher, L. (2008). Social participation for older people with aphasia: the impact of communication disability on friendships. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(4), 325–40. doi:10.1310/tsr1504-325
- Davidson, B., & Worrall, L. (2000). *Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach*. (pp. 19– 34). New York: Thieme.
- Devido-Santos, M., Gagliardi, R. J., & Mac-Kay, A. P. M. G. (2012). Distúrbios de Linguagem e topografia da lesão cerebral em afásicos após acidente vascular cerebral. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 70(2), 129–33.
- DGS. (2001). *Unidades de AVC*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde.
- DGS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde.
- Ferro, J. (1986). *Neurologia do comportamento. Estudo da correlação com a tomografia axial computadorizada*. Unversidade de Lisboa, Portugal.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics using SPSS* (3rd editio.). Beverly Hills: Sage Publications.
- Flick, C. L. (1999). Stroke rehabilitation. 4. Stroke outcome and psychosocial consequences. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(5 Suppl 1), S21–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10326900>
- Fortin, M.-F. (2000). *O Processo de Investigação - da Concepção à Realização* (Décarie Éd.). Montreal.
- Fronteira, I. (2013). Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. *Acta Médica Portuguesa*, 26(2), 161–170.
- Garcia, L. J. (2008). *Focusing on the Consequences of Aphasia: Helping Individuals Get What They Need*. New York: Wolters Kluwer/Lippincot Williams&Wilkins.
- Garcia-marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach ? Questões antigas e soluções modernas ?, 4(1), 65–90.
- Gomes, M. J. A. R. (2012). *Vidas após um Acidente Vascular Cerebral: efeitos individuais, familiares e sociais*. Universidade do Minho.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese Version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 339–348. doi:10.1027/1015-5759.20.4.339

- Howe, T. J., Worrall, L. E., & Hickson, L. M. H. (2008). Observing people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22(6), 618–643. doi:10.1080/02687030701536024
- Howe, T., Worrall, L., & Hickson, L. (2010). What is an aphasia-friendly environment, (March 2014), 37–41. doi:10.1080/02687030444000499
- Hoyle, M., Gustafsson, L., Meredith, P., & Ownsworth, T. (2012). Participation After Stroke: Do We Understand All the Components and Relationships As Categorised in the ICF? *Brain Impairment*, 13(01), 4–15. doi:10.1017/BrImp.2012.9
- INE. (2014). *Resident population in Portugal with a decreasing and aging trend* (pp. 10–11). Lisboa, Portugal.
- Jakubovicz, R., & Cupello, R. (2004). *Introdução à Afasia - Diagnóstico e Terapia* (7ª Edição.). Revinter.
- Kelly-Hayes, M., Beiser, A., Kase, C. S., Scaramucci, A., D'Agostino, R. B., & Wolf, P. a. (2003). The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases: The Official Journal of National Stroke Association*, 12(3), 119–26. doi:10.1016/S1052-3057(03)00042-9
- Le Dorze, G., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO-model of chronic diseases. *Aphasiology*, 9, 239–255.
- Le Dorze, G., & Signori, F.-H. (2010). Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32(13), 1073–87. doi:10.3109/09638280903374121
- Leal, A. P. S. (2009). *Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala em Portugal*. University of Aveiro, Portugal.
- Martin, N., Thompson, C. K., & Worrall, L. (2008). *Aphasia Rehabilitation - The impairment and Its Consequences*. San Diego: Plural Publishing Group.
- Martins, J. F. G. (2011). *Conhecimento leigo de sinais e sintomas precedentes de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico*. Porto.
- Matos, A. (2012). *Níveis de Actividade e Participação das Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses*. Aveiro.
- Matos, M. (2012). *Níveis de Actividade e Participação das Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses*. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Matos, M. A. C., Jesus, L. M. T., & Gomes, A. A. (2013, January). Avaliação da Atividade e Participação da Pessoa com Afasia. *Revista Portuguesa de Terapia Da Fala*, 20–28.
- Matos, M., Jesus, L. M. T., Cruice, M., & Gomes, A. A. (2010). *The development of a tool to gather information regarding the activities and participation of persons with aphasia in Portugal*. Athens.
- Matos, M., Jesus, L. M. T., Cruice, M., & Gomes, A. A. (2013). *Avaliação da Atividade e Participação da Pessoa com Afasia*. Aveiro.
- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., Duncan, L., & Carlton, J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6months poststroke. *Elsevier*, 83(8), 1035–1042.

- Michallet, B., Tétreault, S., & Le Dorze, G. (2003). The consequences of severe aphasia on the spouses of aphasic people: A description of the adaptation process. *Aphasiology*, 17(9), 835–859. doi:10.1080/02687030344000238
- Murdoch, B. E. (1997). *Desenvolvimento da Fala e Distúrbios da Linguagem - Uma Abordagem Neuroanatômica e Neurofisiológica*. Revinter.
- Neves, L., Guilhem, D., & Alves, E. D. (2010). Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4).
- Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougereyrollas, P., Rochette, A., & Viscogliosi, C. (2004). Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 26(6), 346–52. doi:10.1080/09638280410001658649
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Oliveira, L. (2005). *Afasia e o modelo interacional de comunicação*. Rio de Janeiro.
- Oliveira, L. M. (n.d.). *Afasia e o modelo interacional de comunicação*, (2005).
- Parr S, Byng S, Gilpin S, I. C. (1997). *Talking about Aphasia*. Buckingham: Open University Press.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98–123. doi:10.1080/02687030600798337
- Post, M. W. M., & Irv, L. P. D. W. (2003). Good inter-rater reliability of the Frenchay Activities Index in stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 17(5), 548–552.
- Pound, C., Parr, S., Lindsay, J., & Woolf, C. (2006). *Beyond Aphasia: Therapies for Living with Communication Disability*. Bicester: Winslow Press.
- Rautakoski, P. (2012). Self-perceptions of functional communication performance during total communication intervention. *Aphasiology*, 26(6), 826–846. doi:10.1080/02687038.2011.651710
- Rose, T. a., Worrall, L. E., Hickson, L. M., & Hoffmann, T. C. (2011). Aphasia friendly written health information: Content and design characteristics. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(4), 335–347. doi:10.3109/17549507.2011.560396
- Rose, T., Worrall, L. E., Hickson, L. M., & Hoffmann, T. C. (2012). Guiding principles for printed education materials: design preferences of people with aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(1), 11–23. doi:10.3109/17549507.2011.631583
- Rose, T., Worrall, L., & Mckenna, K. (2003). The effectiveness of aphasia-friendly principles for printed health education materials for people with aphasia following stroke. *Aphasiology*, 17(10), 947–963.
- Sampaio, R. F., & Luz, M. T. (2009). Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 475–483.
- Seara, M. (2014). *Validação do The Activities and Participation Profile*. Universidade de Aveiro, Portugal.
- Silva, E. básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados, Coutinho, F., & Marcelo, G. (n.d.). Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 146–151.

- Simmons-Mackie, N., & Damico, J. (2001). Intervention outcomes: a clinical application of qualitative methods. *Top Lang Disord*, 22), 21–36.
- Simmons-mackie, N., & Kagan, A. (2007). Application of the ICF in Aphasia, 1(212), 244–253. doi:10.1055/s-2007-986521.
- Sjöqvist Nätterlund, B. (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(2), 117–29. doi:10.3109/11038120902814416
- Spitzer, J., Tse, T., Baum, C. M., & Carey, L. M. (2011). Mild impairment of cognition impacts on activity participation after stroke in a community-dwelling Australian cohort. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 31(1), S8–S15.
- Spreeen, O., & Risser, A. H. (2003). *Assessment of aphasia*. New York: Oxford University Press.
- Swarbrick, M. (2004). A Wellness Approach. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- Thompson, J., & McKeever, M. (2014). The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: an exploration using the Theory of Human Scale Development. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 410–20. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04237.x
- Tse, T., Douglas, J., Lentin, P., & Carey, L. (2013). Measuring participation after stroke: a review of frequently used tools. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(1), 177–92. doi:10.1016/j.apmr.2012.09.002
- Wallace, G. L. (2010a). Profile of life participation after stroke and aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(6), 432–50. doi:10.1310/tsr1706-432
- Wallace, G. L. (2010b). Profile of life participation after stroke and aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(6), 432–50. doi:10.1310/tsr1706-432
- WHO. (2001). The International Classification of Functioning, Disability and Health. *World Health Organization*, 18(4), 237. doi:10.1097/01.pcp.0000245823.21888.71
- WHO. (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Geneve.
- Wolf, T. J., Brey, J. K., Baum, C., & Connor, L. T. (2012). Activity Participation Differences Between Younger and Older Individuals with Stroke. *Brain Impairment*, 13(01), 16–23. doi:10.1017/BrImp.2012.1
- Worall, L., & Hickson, L. (2003). *Communication Disability In Aging - from Prevention to Intervention* (1st editio.). New York: Delmar.
- Worrall, L. (1999). *FCTP - Functional Communication Therapy Planner*. Oxon: Winslow.
- Worrall, L., & Hickson, L. M. (2003). *Communication Disability in Aging - From Prevention to Intervention* (1st editio.). New York: Delmar.
- Worrall, L., Rose, T., Howe, T., Brennan, A., Egan, J., Oxenham, D., & McKenna, K. (2005). Access to written information for people with aphasia. *Aphasiology*, 19(10-11), 923–929. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02687030544000137>
- Worrall, L., Rose, T., Howe, T., McKenna, K., & Hickson, L. (2007). Developing an evidence-base for accessibility for people with aphasia. *Aphasiology*, 21(1), 124–136. doi:10.1080/02687030600798352

- Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want : Their goals according to the ICF, (October), 37–41.
- Zemva, N. (1999). Aphasic patients and their families: wishes and limits. *Aphasiology*, 13(3), 219–224. doi:10.1080/026870399402190

Anexos

Anexo 1 – Manual de Aplicação



Manual de Aplicação do TAPP – The Activities and Participation Profile

Índice

1. Introdução.....	2
2. The Activities and Participation Profile – TAPP	6
2.1. Descrição	6
2.2. Criação	6
2.3. Motivações.....	6
2.4. Motivações/Objetivos	6
3. Construção dos Itens do TAPP	7
4. Instruções para a aplicação do TAPP	10
5. Referências Bibliográficas	12
6. Anexos.....	24
6.1. Opções de resposta.....	24
6.2. Motivos	25
6.3. Escala Analógica.....	32

1. Introdução

A causa mais frequente dos problemas neurológicos em adultos é o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Ardila, 2006). O AVC é uma patologia caracterizada pelo início agudo de um déficit neurológico que persiste por, pelo menos, 24 horas, refletindo o envolvimento do sistema nervoso central como resultado de uma alteração na circulação sanguínea cerebral (Cancela, 2008). Costa (2003) afirma que o AVC desencadeia um conjunto de deficiências, incapacidades e desvantagens que provocam efeitos evidentes na qualidade de vida dos doentes, assim como na dos seus prestadores informais de cuidados.

O AVC acarreta muitas incapacidades permanentes devido aos efeitos isolados ou combinados, da hemiparésia (50%) que pode afetar o caminhar (30%) e o uso das extremidades superiores para as atividades da vida diária (26%), da depressão (35%) e da afasia (19%) (Kelly-Hayes et al., 2003).

A afasia, sendo uma consequência da ocorrência de um AVC, consiste na perda ou diminuição da função da linguagem que tem como causa uma lesão a nível cerebral (D. Frank Benson & Ardila, 1996). A afasia tem também um grande impacto na capacidade de comunicação (Carleto, 2011). A gravidade desta dificuldade irá depender do local e da extensão da lesão, podendo estar alterada a capacidade de produzir fala e/ou a capacidade de compreender a mesma (L. M. Oliveira, n.d.).

As mudanças profundas e inesperadas que estão associadas à afasia iniciam uma série de reações que têm impacto no indivíduo, nomeadamente reações à doença, à incapacidade, à ideia de si próprio e à capacidade de lidar com o ser socialmente diferente. Para além disto, também toda a família é afetada e não somente as pessoas com afasia (PCA) (Zemva, 1999). Nesse sentido, as consequências que advêm desta condição, como a depressão, a dependência de outros para a realização de atividades de vida diária, alterações de humor e dificuldades ou término de interações sociais, tanto com os amigos como com os familiares, produzem um maior efeito negativo na qualidade de vida das PCA (Carleto, 2011).

De acordo com a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF) (2004), a *Incapacidade* é caracterizada “como o resultado de uma relação complexa entre a condição de saúde do indivíduo e os fatores pessoais, com os fatores externos que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive.” Quanto ao conceito de *Atividade*, este é descrito como a “execução de uma tarefa ou ação por parte de

um indivíduo”. Relativamente à *Participação*, esta é descrita como “o envolvimento de um indivíduo numa determinada situação da vida real” (WHO, 2001, p. 212-213).

De igual modo, segundo a CIF, as *Estruturas do Corpo* são definidas como “partes anatómicas do corpo, como por exemplo órgãos, membros e os seus componentes”. As *Funções do Corpo* definem-se como “funções fisiológicas dos vários sistemas, incluindo funções psicológicas” (WHO, 2001, p. 212-213).

De acordo com estes conceitos, a afasia tem sido tradicionalmente definida em termos da deficiência das estruturas e funções do corpo (Simmons-Mackie & Kagan, 2007). Darley definiu a afasia como uma deficiência multimodal da capacidade de interpretação e formulação dos símbolos da linguagem devido a um dano cerebral. Desta forma, o processamento da linguagem ou funções cognitivas associadas têm sido centrais para definir a afasia. Os aspetos da linguagem que estão alterados relativamente ao domínio das funções do corpo podem incluir dificuldades de nomeação, produção alterada, sintaxe complexa ou dificuldade em ler ou escrever palavras isoladas (Darley, 1982 citado por Simmons-Mackie & Damico, 2001).

Uma vez que a comunicação é necessária para a maior parte das atividades diárias da pessoa, o impacto da afasia nas funções do dia-a-dia pode ser bastante significativo (Simmons-Mackie & Kagan, 2007). Investigadores têm descrito a existência de limitações na atividade das pessoas que apresentam afasia (Davidson, Howe, Worrall, Hickson, & Togher, 2008). Similarmente, a participação nas situações da vida e os papéis sociais desempenhados são também afetados pela afasia, originando isolamento social, a perda do emprego e a redução de atividades de lazer (Davidson & Worrall, 2000 citado por Simmons-Mackie & Kagan, 2007; Parr, Byng, Gilpin, 1997 citado por Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

Assim sendo, a afasia resulta em tensões sociais e psicológicas, as quais afetam as relações e a participação em diferentes domínios da vida social (Andersson & Fridlund, 2002; Parr, 2007; Le Dorze & Brassard, 1995 citado em Dalemans, De Witte, Wade, & Van Den Heuvel, 2010). Podemos assim afirmar que a pessoa com afasia (PCA) apresenta deficiências de linguagem, limitações nas atividades de comunicação, restrições de comunicação e restrições na participação (Worrall, Papathanasiou & Sherratt, 2013)

De acordo com Murray & Coppens (2013), a avaliação da PCA deverá incluir medidas que avaliem cada componente considerado na CIF. Deste modo, são necessários

instrumentos de avaliação mais abrangentes que os tradicionais. Estes avaliam essencialmente componentes da linguagem que estão afetadas na afasia, tais como a nomeação, a compreensão auditiva, a leitura e a escrita, ou seja, centram-se nas perturbações das funções e estruturas corporais (deficiências) (Murray & Coppens, 2013). No entanto, não incluem aspetos como a atividade e a participação das PCA. No que concerne à avaliação dos seus níveis de atividade e participação, esta implica a observação dos indivíduos em situações da vida diária ou entrevistas com as PCA ou familiares e/ou cuidadores. Avaliar os níveis de atividade deve também envolver várias medidas de discurso usadas para quantificar e descrever componentes da comunicação diária como a produção de atos de fala, narrativas, piadas ou histórias. No caso da avaliação da participação esta requer a avaliação do cumprimento dos seus hábitos de vida ou dos papéis de vida considerados por si relevantes (Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

A descoberta de que as PCA aparentam ter metas de intervenção, ou seja, que os seus objetivos estão distribuídos ao longo de todo o espectro da CIF confirma que os componentes da mesma são importantes para si. A avaliação qualitativa (por ex.: observação, entrevistas, diários informativos) tem sido usada para obter informação acerca dos níveis de participação das PCA, incluindo com quem estas interagem, o que fazem e onde vão (Simmons-Mackie & Damico, 2001). Esta informação ajuda a determinar a disparidade que existe entre os níveis desejados de participação, as mudanças na participação devido à afasia e as metas para uma intervenção focada na participação (Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

A preponderância dos objetivos para a atividade e participação reflete a importância das atividades de vida diária e reforça a prioridade que as PCA atribuem a estas atividades (Worrall et al., 2011).

2. The Activities and Participation Profile – TAPP

2.1. Descrição

O TAPP destina-se a avaliar os níveis de atividade e participação das PCA, antes e após a ocorrência do AVC e da afasia. É constituído por 110 itens que abrangem atividades comunicativas dependentes de capacidades linguísticas e atividades funcionais que fazem parte do dia-a-dia da pessoa, tendo por base a componente de *Atividades e Participação* da CIF (DGS, 2004). Este instrumento tem como população alvo as PCA por etiologia de AVC, numa faixa etária não delimitada. A sua aplicação é individual e estima-se que o tempo de aplicação seja de aproximadamente 60 minutos.

2.2. Criação

O TAPP foi desenvolvido na Universidade de Aveiro (M. Matos et al., 2013; M. Matos, 2012). Foi registado e publicado inicialmente em inglês (M. Matos, Jesus, Cruice, & Gomes, 2010), sendo designado como *The Activities/Participation Profile* (TAPP), motivo pelo qual será referido dessa forma.

2.3. Motivações/Objetivos

Os motivos que levaram a autora a criar este instrumento tiveram por base duas questões essenciais. A primeira questão passou pela criação de um instrumento de recolha de dados que permitisse caracterizar o perfil de atividades e participação das PCA, antes e após o AVC. A segunda questão foi de encontro à tentativa de otimizar a compreensão do profissional de saúde, neste caso do Terapeuta da Fala (TF), sobre quais as reais consequências do AVC e da afasia na vida diária destas pessoas.

Relativamente aos objetivos definidos com a criação deste instrumento, estes passam por colmatar as dificuldades existentes no processo de avaliação das PCA de maior gravidade, assim como, permitir às PCA uma colaboração mais ativa e igualitária, uma vez que são elementos fundamentais e essenciais em torno dos quais se desenrola todo este processo.

3. Construção dos Itens do TAPP

O TAPP é constituído por:

- Um caderno de suporte que contém 110 itens, considerados representativos dos níveis de atividade e participação dos portugueses, escritos em formato *aphasia friendly*. Cada item é acompanhado por uma fotografia que o procura ilustrar;
- Uma folha de registo onde o TF anota as respostas da PCA.

Foram ainda acrescentadas três folhas:

- Folha 1 – opções de resposta relativamente à frequência da realização da atividade.
- Folha 2 – motivos pelos quais a PCA poderá ter deixado de realizar determinada atividade.
- Folha 3 – escala analógica com cinco níveis (1 a 5), a fim de facilitar a resposta às perguntas “Gostaria de retomar a atividade” e “Gostaria de fazer”.

No processo de construção do TAPP, a definição dos itens a incluir neste instrumento teve por base várias fontes de informação, nomeadamente:

- ✓ Outros instrumentos de avaliação previamente publicados (Spreen & Risser, 2003 citado em Matos, Jesus, Cruice, & Gomes, 2013; Worrall, 1999 citado em Matos et al., 2013; Worrall & Hickson, 2003 citado em Matos et al., 2013);
- ✓ Investigação publicada em artigos e/ou livros acerca do impacto da afasia nos níveis de atividade e participação (Garcia, 2008 citado em Matos et al., 2013; Martin, Thompson, & Worrall, 2008 citado em Matos et al., 2013; Worrall & Hickson, 2003 citado em Matos et al., 2013);
- ✓ Opiniões de um grupo de 10 Terapeutas da Fala (TF) que constituíram o painel de peritos escolhido para a tese de doutoramento da TF Maria Matos. A criação deste painel tinha como principal objetivo questionar os TF acerca das consequências do AVC e da afasia na vida diária dos seus utentes com afasia (M. Matos, 2012).
- ✓ A experiência clínica e o conhecimento pessoal e profissional da autora do instrumento;

- ✓ A componente *Atividades e Participação* constituinte da CIF (DGS, 2004) que abrange todos os domínios relacionados com os aspetos de funcionalidade numa perspetiva individual e social.

Os itens considerados na construção do TAPP tiveram então por base oito áreas da vida que estão contempladas na componente *Atividades e Participação* da CIF:

Área	Exemplos
Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	Ler e escrever;
Comunicação	Falar, escrever mensagens, conversação e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação;
Mobilidade	Andar, deslocar-se, utilização de transportes e conduzir;
Auto cuidados	Cuidar da própria saúde;
Vida doméstica	Aquisição de bens e serviços, realizar as tarefas domésticas, cuidar dos objetos da casa e ajudar os outros;
Interações e relacionamentos interpessoais	Relacionamentos íntimos;
Áreas principais da vida	Educação, trabalho remunerado e não remunerado e transações económicas básicas;
Vida comunitária, social e cívica	Recreação e lazer, religião e espiritualidade e vida política e cidadania.

O TAPP foi construído num formato *aphasia friendly* (Tanya a. Rose, Worrall, Hickson, & Hoffmann, 2011; Tanya Rose et al., 2012) a fim de facilitar o acesso das PCA ao seu conteúdo. Este formato considera quatro características principais: texto simplificado, tanto a nível lexical como a nível de sintaxe; fonte de tamanho grande; texto com grandes espaços brancos e ilustrações que sejam relevantes (Worrall et al., 2005).

No que concerne ao texto simplificado sugere-se o uso da opção negrito para as palavras-chave, linguagem simples e focada no assunto em questão, frases simples e imagens utilizadas com moderação. Quanto à fonte de tamanho grande deve usar-se preferencialmente a de tamanho 24 contribui assim para uma maior facilidade na compreensão do texto escrito (Tanya a. Rose et al., 2011). No que diz respeito ao espaçamento entre linhas, existe uma preferência quanto ao espaçamento de 1,5 mm em detrimento de outros espaçamentos apresentados (Tanya Rose et al., 2012). Por fim, na inclusão de imagens deve optar-se por imagens fotográficas que facilitem a compreensão do texto que acompanham (Tanya a. Rose et al., 2011).

A primeira versão do TAPP era apenas constituída por uma folha de registo com os vários itens. De forma a ter em conta os aspetos referidos anteriormente, esta versão sofreu modificações para que estivesse de acordo com o formato *aphasia friendly*. Nesse sentido, para cada um dos itens que constituem o TAPP foi escrita uma frase com este formato e uma imagem representativas do item em questão. Para além disto, foi criada uma escala analógica relativamente à frequência de realização da atividade. Esta escala apresenta cinco níveis (1 a 5), sendo o nível 1 referente a uma frequência baixa de realização e, aumentando progressivamente, o nível 5 referente a uma frequência mais elevada. Para ajudar a PCA a responder à pergunta “porque deixou de fazer a atividade?” foi criada uma folha com os diversos motivos que a PCA pode apresentar. Assim sendo, existe uma primeira folha com a pergunta e as categorias major dos motivos: pessoais, sociais e do ambiente. Para cada uma destas categorias são apresentados motivos mais específicos. Por exemplo, se a PCA responder à questão dizendo que deixou de realizar a atividade por motivos pessoais, ser-lhe-á apresentada uma folha com vários motivos pessoais descritos, tais como a afasia, o medo, as experiências negativas, a novidade, entre outras.

Desta forma, a PCA tem um acesso facilitado ao conteúdo de documentos escritos o que permite uma maior compreensão do que é pedido, a possibilidade de responder adequadamente e, logo, um melhor desempenho ao nível da comunicação.

4. Instruções para a aplicação do TAPP

Para proceder à aplicação do TAPP devem ter-se em conta as seguintes orientações:

1. Deve ler cada um dos itens em voz alta, sendo que a PCA pode ler simultaneamente para facilitar a compreensão do mesmo;
2. Deve mostrar, simultaneamente à leitura, o item correspondente no caderno de suporte com as imagens e frases individuais;
3. Caso o utente não compreenda o que lhe foi dito da primeira vez, deverá repetir a leitura do item mais lentamente, exemplificando sempre que possível;
4. Deve questionar, então, o utente relativamente à realização de cada item, antes e após a ocorrência do AVC, assim como a frequência com que este era realizado. Por exemplo: “Costumava ir a festas antes de ter o AVC? Com que frequência? E depois do AVC? Com que frequência?”;
5. As opções de resposta quanto à frequência de realização da atividade, que deve apresentar ao utente, são: diariamente, semanalmente, quinzenalmente, mensalmente, raramente e nunca. Para tal deverá utilizar a Folha 1 onde estão escritas as várias opções de resposta.
6. No caso de o utente não realizar a atividade antes da ocorrência do AVC, deve questionar-se se este gostaria ou não de fazer atualmente a atividade em questão;
7. No caso de haver a cessação de uma atividade, ou a redução da sua frequência de realização, após a ocorrência do AVC, deve perguntar-se ao utente o motivo porque tal aconteceu e se o utente gostaria ou não de retomar a atividade em questão. Para auxiliar o utente neste processo deve usar a Folha 2 onde estão referidos vários motivos para a cessação ou redução da frequência de realização da atividade em questão.

8. Deve usar a Folha 3 (escala analógica com números de 1 a 5) para responder às perguntas “gostaria de retomar a atividade” e “gostaria de fazer”.
9. As respostas do utente podem ser dadas de forma verbal oral ou então apontando para o caderno de suporte, onde estão escritas as várias opções de resposta.
10. Quanto aos itens em que é possível especificar a resposta do utente, deve ser-lhe perguntado qual a opção mais apropriada ao seu estilo de vida ou qual a opção que o utente desempenha com mais frequência ou gosta mais. A resposta deve ser sublinhada na folha de registo. Esta situação pode acontecer nos itens: “Ir a um bar/discoteca/casino”, “Realizar *hobbies*”, “Ir ao cinema/teatro”, “Levar/buscar o filho/neto (...)”, “Tocar um instrumento musical” ou “Encomendar algo”.
11. Não há limite de tempo de administração do instrumento;

5. Referências Bibliográficas

- Almeida, D., Santos, M. A. dos, & Costa, A. (2010). Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da Saúde Pública.
- Andersson, S., & Fridlund, B. (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 285–292. doi:10.1046/j.1365-2850.2002.00480.x
- Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Miami: Florida International University.
- Ashton, C., Aziz, N. A., Barwood, C., French, R., Savina, E., & Worrall, L. (2008a). Communicatively accessible public transport for people with aphasia: A pilot study. *Aphasiology*, 22(3), 305–320. doi:10.1080/02687030701382841
- Ashton, C., Aziz, N. A., Barwood, C., French, R., Savina, E., & Worrall, L. (2008b). Communicatively accessible public transport for people with aphasia: A pilot study. *Aphasiology*, 22(3), 305–320. doi:10.1080/02687030701382841
- Astrom, M. (1996). Generalized anxiety disorder in stroke patients: a 3-year longitudinal study. *Stroke*, 27(2), 270–275.
- Benson, D. F. (1979). *Aphasia, Alexia and Agraphia*. New York: Churchill Livingstone.
- Benson, D. F., & Ardila, A. (1996). *Aphasia: a Clinical Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Breakwell, G., Smith, J., & Wright, D. (2012). *Research Methods in Psychology* (4ª edição.). London: Sage.
- Brown, K., McGahan, L., Alkhaledi, M., Seah, D., Howe, T., & Worrall, L. (2006). Environmental factors that influence the community participation of adults with aphasia: The perspective of service industry workers. *Aphasiology*, 20(7), 595–615. doi:10.1080/02687030600626256
- Byng, S., & Duchan, J. F. (2005). Social model philosophies and principles: Their applications to therapies for aphasia. *Aphasiology*, 19(10-11), 906–922. doi:10.1080/02687030544000128
- Cancela, D. M. G. (2008). *O acidente vascular cerebral - Classificação, principais Consequências e Reabilitação* (pp. 1–18). Porto.
- Carleto, N. G. (2011). *Qualidade de vida dos pacientes afásicos e seus familiares*. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Castro-Caldas, A. (1979). *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular*. University of Lisbon, Portugal.
- Chapey, R. (2008). *Language intervention strategies in Aphasia and related neurogenic communication disorders*. (P. Sabatini, Ed.) (5ª edição.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Costa, D. C. A. (2003). *Qualidade de Vida pós-AVC - resultados de uma intervenção social*. Universidade do Porto, Porto.
- Dalemans, R., de Witte, L., Lemmens, J., van den Heuvel, W. J., & Wade, D. (2008). Measures for rating social participation in people with aphasia: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 22(6), 542–55. doi:10.1177/0269215507087462

- Dalemans, R., de Witte, L., Wade, D., & van den Heuvel, W. J. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, 45(5), 537–50. doi:10.3109/13682820903223633
- Dalemans, R. J. P., De Witte, L. P., Beurskens, A. J. H. M., Van Den Heuvel, W. J. a, & Wade, D. T. (2010). An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32(20), 1678–85. doi:10.3109/09638281003649938
- Damásio, A. (1973). *Neurologia da Linguagem*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Darley, F. L. (1982). *Aphasia*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., & Togher, L. (2008). Social participation for older people with aphasia: the impact of communication disability on friendships. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(4), 325–40. doi:10.1310/tsr1504-325
- Davidson, B., & Worrall, L. (2000). *Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach*. (pp. 19– 34). New York: Thieme.
- Devido-Santos, M., Gagliardi, R. J., & Mac-Kay, A. P. M. G. (2012). Distúrbios de Linguagem e topografia da lesão cerebral em afásicos após acidente vascular cerebral. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 70(2), 129–33.
- DGS. (2001). *Unidades de AVC*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde.
- DGS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde.
- Ferro, J. (1986). *Neurologia do comportamento. Estudo da correlação com a tomografia axial computadorizada*. Unversidade de Lisboa, Portugal.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics using SPSS* (3rd editio.). Beverly Hills: Sage Publications.
- Flick, C. L. (1999). Stroke rehabilitation. 4. Stroke outcome and psychosocial consequences. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(5 Suppl 1), S21–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10326900>
- Fortin, M.-F. (2000). *O Processo de Investigação - da Concepção à Realização* (Décarie Éd.). Montreal.
- Fronteira, I. (2013). Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência : Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. *Acta Médica Portuguesa*, 26(2), 161–170.
- Garcia, L. J. (2008). *Focusing on the Consequences of Aphasia: Helping Individuals Get What They Need*. New York: Wolters Kluwer/Lippincot Williams&Wilkins.
- Garcia-marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach ? Questões antigas e soluções modernas ?, 4(1), 65–90.
- Gomes, M. J. A. R. (2012). *Vidas após um Acidente Vascular Cerebral : efeitos individuais, familiares e sociais*. Universidade do Minho.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese Version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 339–348. doi:10.1027/1015-5759.20.4.339

- Howe, T. J., Worrall, L. E., & Hickson, L. M. H. (2008). Observing people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22(6), 618–643. doi:10.1080/02687030701536024
- Howe, T., Worrall, L., & Hickson, L. (2010). What is an aphasia-friendly environment, (March 2014), 37–41. doi:10.1080/02687030444000499
- Hoyle, M., Gustafsson, L., Meredith, P., & Ownsworth, T. (2012). Participation After Stroke: Do We Understand All the Components and Relationships As Categorised in the ICF? *Brain Impairment*, 13(01), 4–15. doi:10.1017/BrImp.2012.9
- INE. (2014). *Resident population in Portugal with a decreasing and aging trend* (pp. 10–11). Lisboa, Portugal.
- Jakubovicz, R., & Cupello, R. (2004). *Introdução à Afasia - Diagnóstico e Terapia* (7ª Edição.). Revinter.
- Kelly-Hayes, M., Beiser, A., Kase, C. S., Scaramucci, A., D'Agostino, R. B., & Wolf, P. a. (2003). The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases: The Official Journal of National Stroke Association*, 12(3), 119–26. doi:10.1016/S1052-3057(03)00042-9
- Le Dorze, G., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO-model of chronic diseases. *Aphasiology*, 9, 239–255.
- Le Dorze, G., & Signori, F.-H. (2010). Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32(13), 1073–87. doi:10.3109/09638280903374121
- Leal, A. P. S. (2009). *Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala em Portugal*. University of Aveiro, Portugal.
- Martin, N., Thompson, C. K., & Worrall, L. (2008). *Aphasia Rehabilitation - The impairment and Its Consequences*. San Diego: Plural Publishing Group.
- Martins, J. F. G. (2011). *Conhecimento leigo de sinais e sintomas precedentes de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico*. Porto.
- Matos, A. (2012). *Níveis de Actividade e Participação das Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses*. Aveiro.
- Matos, M. (2012). *Níveis de Actividade e Participação das Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses*. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Matos, M. A. C., Jesus, L. M. T., & Gomes, A. A. (2013, January). Avaliação da Atividade e Participação da Pessoa com Afasia. *Revista Portuguesa de Terapia Da Fala*, 20–28.
- Matos, M., Jesus, L. M. T., Cruice, M., & Gomes, A. A. (2010). *The development of a tool to gather information regarding the activities and participation of persons with aphasia in Portugal*. Athens.
- Matos, M., Jesus, L. M. T., Cruice, M., & Gomes, A. A. (2013). *Avaliação da Atividade e Participação da Pessoa com Afasia*. Aveiro.
- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., Duncan, L., & Carlton, J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6months poststroke. *Elsevier*, 83(8), 1035–1042.

- Michallet, B., Tétreault, S., & Le Dorze, G. (2003). The consequences of severe aphasia on the spouses of aphasic people: A description of the adaptation process. *Aphasiology*, 17(9), 835–859. doi:10.1080/02687030344000238
- Murdoch, B. E. (1997). *Desenvolvimento da Fala e Distúrbios da Linguagem - Uma Abordagem Neuroanatômica e Neurofisiológica*. Revinter.
- Neves, L., Guilhem, D., & Alves, E. D. (2010). Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4).
- Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougereyrollas, P., Rochette, A., & Viscogliosi, C. (2004). Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 26(6), 346–52. doi:10.1080/09638280410001658649
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Oliveira, L. (2005). *Afasia e o modelo interacional de comunicação*. Rio de Janeiro.
- Oliveira, L. M. (n.d.). *Afasia e o modelo interacional de comunicação*, (2005).
- Parr S, Byng S, Gilpin S, I. C. (1997). *Talking about Aphasia*. Buckingham: Open University Press.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98–123. doi:10.1080/02687030600798337
- Post, M. W. M., & Irv, L. P. D. W. (2003). Good inter-rater reliability of the Frenchay Activities Index in stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 17(5), 548–552.
- Pound, C., Parr, S., Lindsay, J., & Woolf, C. (2006). *Beyond Aphasia: Therapies for Living with Communication Disability*. Bicester: Winslow Press.
- Rautakoski, P. (2012). Self-perceptions of functional communication performance during total communication intervention. *Aphasiology*, 26(6), 826–846. doi:10.1080/02687038.2011.651710
- Rose, T. a., Worrall, L. E., Hickson, L. M., & Hoffmann, T. C. (2011). Aphasia friendly written health information: Content and design characteristics. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(4), 335–347. doi:10.3109/17549507.2011.560396
- Rose, T., Worrall, L. E., Hickson, L. M., & Hoffmann, T. C. (2012). Guiding principles for printed education materials: design preferences of people with aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(1), 11–23. doi:10.3109/17549507.2011.631583
- Rose, T., Worrall, L., & Mckenna, K. (2003). The effectiveness of aphasia-friendly principles for printed health education materials for people with aphasia following stroke. *Aphasiology*, 17(10), 947–963.
- Sampaio, R. F., & Luz, M. T. (2009). Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 475–483.
- Seara, M. (2014). *Validação do The Activities and Participation Profile*. Universidade de Aveiro, Portugal.
- Silva, E. básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados, Coutinho, F., & Marcelo, G. (n.d.). Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 146–151.

- Simmons-Mackie, N., & Damico, J. (2001). Intervention outcomes: a clinical application of qualitative methods. *Top Lang Disord*, 22), 21–36.
- Simmons-mackie, N., & Kagan, A. (2007). Application of the ICF in Aphasia, 1(212), 244–253. doi:10.1055/s-2007-986521.
- Sjöqvist Nätterlund, B. (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(2), 117–29. doi:10.3109/11038120902814416
- Spitzer, J., Tse, T., Baum, C. M., & Carey, L. M. (2011). Mild impairment of cognition impacts on activity participation after stroke in a community-dwelling Australian cohort. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 31(1), S8–S15.
- Spreeen, O., & Risser, A. H. (2003). *Assessment of aphasia*. New York: Oxford University Press.
- Swarbrick, M. (2004). A Wellness Approach. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- Thompson, J., & McKeever, M. (2014). The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: an exploration using the Theory of Human Scale Development. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 410–20. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04237.x
- Tse, T., Douglas, J., Lentin, P., & Carey, L. (2013). Measuring participation after stroke: a review of frequently used tools. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(1), 177–92. doi:10.1016/j.apmr.2012.09.002
- Wallace, G. L. (2010a). Profile of life participation after stroke and aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(6), 432–50. doi:10.1310/tsr1706-432
- Wallace, G. L. (2010b). Profile of life participation after stroke and aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(6), 432–50. doi:10.1310/tsr1706-432
- WHO. (2001). The International Classification of Functioning, Disability and Health. *World Health Organization*, 18(4), 237. doi:10.1097/01.pcp.0000245823.21888.71
- WHO. (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Geneve.
- Wolf, T. J., Brey, J. K., Baum, C., & Connor, L. T. (2012). Activity Participation Differences Between Younger and Older Individuals with Stroke. *Brain Impairment*, 13(01), 16–23. doi:10.1017/BrImp.2012.1
- Worall, L., & Hickson, L. (2003). *Communication Disability In Aging - from Prevention to Intervention* (1st editio.). New York: Delmar.
- Worrall, L. (1999). *FCTP - Functional Communication Therapy Planner*. Oxon: Winslow.
- Worrall, L., & Hickson, L. M. (2003). *Communication Disability in Aging - From Prevention to Intervention* (1st editio.). New York: Delmar.
- Worrall, L., Rose, T., Howe, T., Brennan, A., Egan, J., Oxenham, D., & McKenna, K. (2005). Access to written information for people with aphasia. *Aphasiology*, 19(10-11), 923–929. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02687030544000137>
- Worrall, L., Rose, T., Howe, T., McKenna, K., & Hickson, L. (2007). Developing an evidence-base for accessibility for people with aphasia. *Aphasiology*, 21(1), 124–136. doi:10.1080/02687030600798352

- Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want : Their goals according to the ICF, (October), 37–41.
- Zemva, N. (1999). Aphasic patients and their families: wishes and limits. *Aphasiology*, 13(3), 219–224. doi:10.1080/026870399402190

The Activities/Participation Profile (TAPP)

	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Raramente	Nunca	Deixou de fazer?	Porquê?	Gostaria de retomar? (Escala 1-5)	Gostaria de fazer? (Escala 1-5)
Ir a festas (1, 10, 12, 16)										
Ir a reuniões (reuniões de pais, de trabalho) (3)										
Ir à fisioterapia/outros tratamentos (5, 10)										
Ir ao cabeleireiro/barbeiro (5, 10)										
Ir à manicura/pedicura/depilação (5)										
Ir ao café (3, 10, 15)										
Ir a um bar/discoteca/casino (14)										
Ir ao clube/associação da terra (3, 8, 12)										
Realizar <i>hobbies</i> (ir à caça/pesca...) (3, 8, 9)										
Ir a instituições públicas (banco, finanças, segurança social...) (8, 10)										
Ir à praça (5)										
Ir à feira (5)										
Ir às compras nas lojas (1, 3, 4, 10, 15)										
Ir às compras ao supermercado (5, 10)										
Ir ao Centro Comercial (5)										
Almoçar/jantar com amigos/familiares (em casa) (5, 10)										
Almoçar/jantar com os amigos/familiares (fora de casa) (1, 3, 4, 9, 16)										
Ir ao cinema/teatro (1, 3, 4, 8, 10, 12)										
Ir a um concerto (3, 8, 14)										
Ir a museus/galerias arte/exposições (3, 8, 12)										
Ir a um jogo (futebol/ténis/basquetebol...) (1, 3, 4)										

The Activities/Participation Profile (TAPP)

	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Raramente	Nunca	Deixou de fazer?	Porquê?	Gostaria de retomar? (Escala 1-5)	Gostaria de fazer? (Escala 1-5)
Ir trabalhar (1, 4, 8, 9, 10, 15)										
Levar/buscar o filho/neto à escola (3, 10)										
Levar/buscar o filho/neto a outro lugar (3, 10)										
Ir passear no jardim (5)										
Ir passear no largo da aldeia/vila... (5)										
Viajar (carro/autocarro/avião) (3, 4, 8, 9, 10)										
Viajar em excursões (3, 5)										
Visitar alguém (em casa, lar...) (1, 3, 4, 12)										
Ir de férias (10, 15)										
Passar fora o fim-de-semana (12)										
Caminhar/passear a pé (5)										
Ir à praia (5)										
Ir à missa (1, 3, 10)										
Confessar-se ao padre (5)										
Participar ativamente na missa (fazer uma leitura, cantar) (16)										
Rezar (2, 10)										
Ir ao médico (9, 10)										
Marcar uma consulta/exames (15, 16)										
Ir à farmácia comprar medicamentos (1)										
Ir medir a tensão (5)										
Comprar um presente (5)										
Ir ao quintal/Fazer agricultura (1, 10)										
Dar de comer aos animais (12)										
Fazer atividades de vida doméstica (1, 4, 10, 12)										
Tratar das contas da casa (4, 5)										

The Activities/Participation Profile (TAPP)

	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Raramente	Nunca	Deixou de fazer?	Porquê?	Gostaria de retomar? (Escala 1-5)	Gostaria de fazer? (Escala 1-5)
Ler panfletos (2, 16, 17)										
Ler catálogos (2)										
Ler cartas (2, 6, 9, 13, 15, 16)										
Ler revistas (2, 9, 10, 13, 16)										
Ler o jornal (2, 6, 10, 13, 15, 16)										
Ler um livro (2, 6, 9, 10, 13)										
Ler uma história (5)										
Ler mapas e direções (2, 11, 16)										
Ler mensagens no tel. (5)										
Ler extratos bancários (2, 16)										
Ler instruções/etiquetas (2, 11, 16)										
Ler horários de comboios/autocarros (2, 11, 16)										
Conduzir o trator/o carro/ a mota/ a bicicleta... (1, 5)										
Andar em transportes públicos (1, 15)										
Usar o multibanco (16)										
Lidar com dinheiro (7, 13, 15, 16)										
Utilizar/passar cheques (1, 2, 16)										
Usar o computador (email/net/jogos) (6, 10, 15)										
Ver televisão (2, 3, 10, 12, 16)										
Ver filmes de vídeo ou DVD (5, 16)										
Ouvir rádio (2, 6, 10, 16)										
Assinar o nome (13, 15)										
Escrever uma carta (2, 6, 15, 16)										
Escrever no diário (2)										

The Activities/Participation Profile (TAPP)

	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Raramente	Nunca	Deixou de fazer?	Porquê?	Gostaria de retomar? (Escala 1-5)	Gostaria de fazer? (Escala 1-5)
Escrever poemas (5)										
Escrever postais (2, 9, 16)										
Escrever recados (9, 16)										
Escrever mensagens no telemóvel (2, 6)										
Escrever lista de compras (2, 9, 11, 16, 17)										
Preencher formulários (ex: formulário de abertura de conta) (2, 7, 9, 11, 16)										
Fazer palavras cruzadas/sudoku/sopa de letras (2, 17)										
Jogar as cartas/dados/dominó (3, 12, 16, 17)										
Jogar outros jogos tradicionais (malha, damas) (5, 16)										
Praticar um desporto (3, 8, 9)										
Fazer renda/malha/costura (5, 16)										
Pintar (5)										
Tocar um instrumento musical (5)										
Cantar (5)										
Ter relações sexuais (1, 10)										
Ter aulas/formação (1, 4)										
Falar com a esposa/marido (2, 10)										
Falar com outros familiares (2, 9, 10, 12)										
Falar com os amigos (2, 9, 10, 12, 15)										
Falar com os vizinhos (1, 2, 12)										
Falar com os empregados das lojas (2)										
Falar com estranhos (9, 15)										
Falar em grupo (2, 6)										
Falar ao telefone/telemóvel (2, 11, 17)										

The Activities/Participation Profile (TAPP)

	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Raramente	Nunca	Deixou de fazer?	Porquê?	Gostaria de retomar? (Escala 1-5)	Gostaria de fazer? (Escala 1-5)
Falar com os animais (2, 17)										
Falar com as plantas (5)										
Contar histórias (3, 9, 16)										
Contar anedotas (3, 9, 16, 17)										
Dar orientações à empregada (5, 16)										
Dar aulas/Dar formação (3)										
Dar catequese										
Participar em atividades políticas (3, 8)										
Tratar do jardim (1, 10, 12, 16)										
Fazer voluntariado (1, 8)										
Tomar conta de crianças (1, 3, 4, 12)										
Tomar conta de familiares (1, 3, 12)										
Encomendar algo (telefone; net...) (5)										
Outras										

Está satisfeito com as atividades que realiza atualmente? Classifique de 1 a 5: _____

Nome: _____

Data: _____

Grelha preenchida por: _____

1. Brown, M., Dijkers, M.P.J.M., Gordon, W.A., Ashman, T., Charatz, H., & Cheng Z. (2004). Participation Objective, Participation Subjective: A measure of participation combining outsider and insider perspectives. *J Head Trauma Rehabil*, 19, 459-481.
2. Cruice, M. (2001). Communicative Activities Checklist., Worrall, L.E., Hickson, L.M. (2003). *Communication Disability in Aging- From prevention to Intervention*. Delmar Learning. Canada.
3. Cruice, M. (2001). Social Activities Checklist., em Worrall, L.E., Hickson, L.M. (2003). *Communication Disability in Aging- From prevention to Intervention*. Delmar Learning. Canada
4. Dijkers, M. (2000). The Community Integration Questionnaire. *The Center for Outcome Measurement in Brain Injury*. <http://www.tbims.org/combi/ciq> (accessed June 12, 2009).
5. Experiência da Autora
6. Fougereyrollas, P., Noreau, L., Dion, S.A., Lepage, C., Sévigny, M., & St. Michel, G (1997). Life Habits (LIFE –H). International Network of the Disability Creation Process, Lac St. Charles, Québec., em Chapey, R. (2008). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Disorders – Fifth Edition*. Lippincott Williams&Wilkins. Baltimore.
7. Frattali, Thompson, Holland, Wohl, & Ferketic. (1995). Functional Assessment of Communication Skills for Adults., em Worrall, L.E., Hickson, L.M. (2003). *Communication Disability in Aging- From prevention to Intervention*. Delmar Learning. Canada.
8. Garcia, J.L. (2008). Focusing on the Consequences of Aphasia: Helping individuals get what they need em Chapey, R. (2008). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Disorders – Fifth Edition*. Lippincott Williams&Wilkins. Baltimore.
9. Garrett, K.L. & Beukelman, D.R. (1997, revised 2006). Aphasia Needs Assessment., em <http://aac.unl.edu/screen/aphasianeeds.pdf>
10. GE – Grupo de Experts (Fase 1)
11. Holland, Frattali & Fromm (1998). Communicative Activities in Daily Living – Revised., em Worrall et al (2002). The validity of functional assessments of communication and the Activity/Participation components of the ICIDH-2: do they reflect what really happens in real-life?. *Journal of Communication Disorders*, 35, pag. 107-137.
12. Instituto Nacional Estatística. (2002). O Envelhecimento em Portugal – Situação Demográfica e Sócio-Económica recente das pessoas idosas. Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População. Portugal.
13. Sarno, M. T (1969). Functional Communication Profile., em Worrall et al (2002). The validity of functional assessments of communication and the Activity/Participation components of the ICIDH-2: do they reflect what really happens in real-life?. *Journal of Communication Disorders*, 35, pag. 107-137.
14. Schow, R.L., & Nerbonne, M.A. (1982). Communication Screening Profile: Use with elderly clients. *Ear and Hearing*, 3, 135-147., em Worrall, L.E., Hickson, L.M. (2003). *Communication Disability in Aging- From prevention to Intervention*. Delmar Learning. Canada.
15. Swinburg, K., Byng, S. (2006). *The Communication Disability Profile*. Connect Press (The communication Disability Network). London. UK.
16. Worrall, L. (1999). *Functional Communication Therapy Planner*. Winslow Press Ltd. United Kingdom.
17. Worrall et al (2002). The validity of functional assessments of communication and the Activity/Participation components of the ICIDH-2: do they reflect what really happens in real-life?. *Journal of Communication Disorders*, 35, pag. 107-137.

6. Anexos

6.1. Folha 1 - Opções de resposta

DIÁRIO

SEMANAL

QUINZENAL

MENSAL

RARAMENTE

NUNCA

PORQUE DEIXOU DE FAZER A ATIVIDADE?

MOTIVOS SOCIAIS

MOTIVOS PESSOAIS

MOTIVOS DO AMBIENTE

MOTIVOS SOCIAIS

ATITUDES DAS PESSOAS

AÇÕES DAS PESSOAS

IGNORÂNCIA SOBRE A
AFASIA

INTERAÇÕES SOCIAIS
DIFÍCEIS

MOTIVOS PESSOAIS

AFASIA

MEDO

EXPERIÊNCIAS NEGATIVAS

NOVIDADE

ATIVIDADE COMPLEXA

MOTIVOS PESSOAIS

O USO DOS BRAÇOS

O USO DAS PERNAS

COMUNICAÇÃO SEM
SUPORTE

TEMPO REDUZIDO PARA
COMUNICAR

MOTIVOS PESSOAIS

DIFICULDADES EM LER

**DIFICULDADES EM
ESCREVER**

DIFICULDADES NA VISÃO

MOTIVOS DO AMBIENTE

**CARACTERÍSTICAS DOS
OBJETOS**

**FALTA DE ACESSIBILIDADE
FÍSICA**

BARULHO

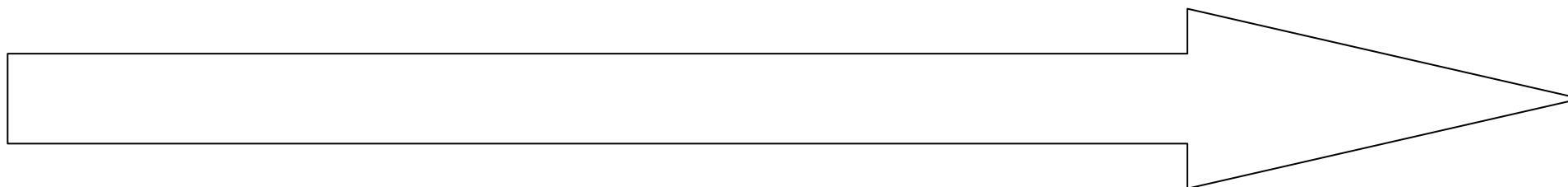
MOTIVOS DO AMBIENTE

USO DE TECNOLOGIA

FALTA DE INFORMAÇÃO
ESCRITA

6.3. **Folha 3 – Escala Analógica**

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------



Pouco

Muito

Referências Bibliográficas

- Atitudes das pessoas (Ashton et al., 2008b; Brown et al., 2006; Linda Worrall et al., 2007)
- Ações das pessoas (Brown et al., 2006; T. J. Howe et al., 2008; Linda Worrall et al., 2007)
- Ignorância sobre a afasia (Brown et al., 2006; T. J. Howe et al., 2008; Linda Worrall et al., 2007)
- Interações sociais difíceis (Ashton et al., 2008b; Wallace, 2010b)
- Afasia (Wallace, 2010b; Linda Worrall et al., 2007)
- Medo (T. J. Howe et al., 2008)
- Experiências negativas (T. J. Howe et al., 2008)
- Novidade (T. J. Howe et al., 2008)
- Atividade complexa (T. J. Howe et al., 2008)
- O uso dos braços (Wallace, 2010b; Linda Worrall et al., 2007)
- O uso das pernas (Wallace, 2010b; Linda Worrall et al., 2007)
- Comunicação sem suporte (Brown et al., 2006; T. J. Howe et al., 2008)
- Tempo reduzido para comunicar (T. J. Howe et al., 2008)
- Dificuldades em ler (Linda Worrall et al., 2007)
- Dificuldades em escrever (Linda Worrall et al., 2007)
- Dificuldades na visão (Linda Worrall et al., 2007)
- Características dos objetos (Brown et al., 2006; T. J. Howe et al., 2008; Linda Worrall et al., 2007)
- Falta de acessibilidade física (Brown et al., 2006; Wallace, 2010b)
- Barulho (Linda Worrall et al., 2007)
- Uso de tecnologia (Brown et al., 2006)
- Falta de informação escrita (Brown et al., 2006)

Ashton, C., Aziz, N. A., Barwood, C., French, R., Savina, E., & Worrall, L. (2008). Communicatively accessible public transport for people with aphasia: A pilot study. *Aphasiology*, 22(3), 305–320. doi:10.1080/02687030701382841

Brown, K., McGahan, L., Alkhaledi, M., Seah, D., Howe, T., & Worrall, L. (2006). Environmental factors that influence the community participation of adults with aphasia: The perspective of service industry workers. *Aphasiology*, 20(7), 595–615. doi:10.1080/02687030600626256

Howe, T. J., Worrall, L. E., & Hickson, L. M. H. (2008). Observing people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22(6), 618–643. doi:10.1080/02687030701536024

Wallace, G. L. (2010). Profile of life participation after stroke and aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(6), 432–50. doi:10.1310/tsr1706-432

Worrall, L., Rose, T., Howe, T., McKenna, K., & Hickson, L. (2007). Developing an evidence- base for accessibility for people with aphasia. *Aphasiology*, 21(1), 124–136.

Anexo 2 – Caderno de Imagens (exemplo)

Ir ao **CABELEIREIRO/BARBEIRO**



<p>Consentimento Informado – Pessoas com afasia</p>
--

Nós somos **ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO.**

Estamos a realizar uma **TESE DE MESTRADO.**

Para isso, vai realizar-se um **ESTUDO.**

Pretende-se **COM ESTE ESTUDO:**

VALIDAR um **INSTRUMENTO** de **AVALIAÇÃO**

que permita ao **TERAPEUTA DA FALA,**

na sua **INTERVENÇÃO,**

COMPREENDER quais as **CONSEQUÊNCIAS** do **AVC** e da

AFASIA, na **VIDA DIÁRIA** de quem os apresenta.

Pretende-se assim, contribuir para o **AUMENTO DA**

EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA,

com a consequente **MELHORIA** da **QUALIDADE DE VIDA**

das **PESSOAS COM AFASIA**.

Será necessário **APLICAR** o instrumento

em **VÁRIOS MOMENTOS DIFERENTES**,

durante aproximadamente **45 MINUTOS**, cada.

O estudo é unicamente para **FINS CIÊNTÍFICOS**,

NÃO TENDO como objetivo **DIAGNOSTICAR**,

NEM INTERVIR na sua condição de paciente.

NÃO INTERFERE com o **TRABALHO** desenvolvido pela sua

TERAPEUTA DA FALA.

ASSIM...

Precisamos de recolher alguns dados **SOBRE SI** e a sua

DOENÇA/SITUAÇÃO.

Vamos fazer-lhe **PERGUNTAS** sobre a **FREQUÊNCIA** com
que **REALIZA** as **ATIVIDADES** da sua **VIDA DIÁRIA**.

Tendo em conta **DOIS MOMENTOS** diferentes, **ANTES E**
DEPOIS DO AVC.

NÃO há **PERIGO** para si.

NÃO TEM que **PAGAR NADA!**

NÃO RECEBE DINHEIRO por fazer este trabalho!

NÃO GANHAMOS DINHEIRO com este trabalho!

PODE ACEITAR OU NÃO colaborar connosco!

ESTE ESTUDO É CONFIDENCIAL E ANÓNIMO!

Pode **DESISTIR** quando **QUISER!**

O estudo foi-me explicado. **COMPREENDI TUDO** o que me
foi dito e foram respondidas **TODAS AS QUESTÕES** que
coloquei. Estou **DE ACORDO** em participar no estudo.

Participante (nome completo)

_____/____/____

Assinatura

Data

DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR

Certifico que o estudo de investigação foi por mim explicado ao indivíduo acima mencionado, incluindo os objetivos, procedimentos, possíveis riscos e os benefícios latentes relacionados com a participação neste estudo de investigação e que as questões colocadas foram respondidas satisfatoriamente.

Investigador (nome completo)

_____/____/____

Assinatura

Data

Anexo 4 – Exemplo de Autorização



Exmo. Senhor
Prof. Doutor João Páscoa Pinheiro
Diretor do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

Assunto: Pedido de autorização para efetuar recolha de dados para investigação.

Eu, Marta Seara, Terapeuta da Fala, aluna do Mestrado de Ciências da Fala e Audição, da Universidade de Aveiro, e eu, Inês Viana, Terapeuta da Fala, aluna do Mestrado de Ciências da Fala e Audição, da Universidade de Aveiro, encontramos-nos a realizar as nossas dissertações sobre o tema – Validação do instrumento de avaliação “Perfil de Atividades e Participação da pessoa com afasia” – “The Activities and Participation Profile – TAPP”, para a população portuguesa.

Neste contexto, vimos respeitosamente solicitar autorização para a recolha de dados na vossa instituição, durante o período de março até julho de 2014. Esta investigação

integra-se no Projeto HUC 22/08, aprovado pela comissão de ética em resposta ao ofício nº 340.

Queremos assegurar que esta investigação não tem qualquer custo, quer para o utente, quer para a sua instituição. Assim como, não tem qualquer risco de participação para o utente, uma vez que não serão efetuados estudos invasivos.

Garantimos desde já confidencialidade relativamente a quaisquer dados pessoais dos vossos colaboradores. Os resultados obtidos neste estudo serão colocados à vossa disposição. Informamos que a Professora Doutora Maria Assunção Matos e o Professor Doutor Luís Jesus, são responsáveis pela orientação e coordenação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através dos seguintes contactos: maria.matos@ua.pt e lmjtj@ua.pt

É possível colaborar neste projeto sem qualquer prejuízo face ao serviço
B.
17/05/14

Garantindo o respeito pelas normas de ética (C. G. da C. H. U. C.) e não existindo custos para a S. M. F. R. / C. H. U. C., onde a e/a.

HUC, EPE
SMFR - Direção
Recepção <u>17/02/14</u>
Reg. N.º <u>29</u>
Rubrica <u>[assinatura]</u>

Anexo 5 – Curriculum Vitae Resumido

Curriculum Vitae Resumido

Informação Pessoal

Inês Fidalgo da Silva Teixeira Viana

ines.s.viana@gmail.com

Sexo Feminino **Data de nascimento** 20/04/1990 **Nacionalidade** Portuguesa

Experiência Profissional

Março 2013 – Julho 2013	Estagiária de Terapia da Fala Agrupamento de Escolas de Canelas – Gaia
	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação de crianças entre o pré-escolar e o 1º ciclo de escolaridade;• Elaboração de artigo científico sobre as dificuldades demonstradas pelas crianças avaliadas;• Trabalho em equipa com colegas da mesma área, docentes e pessoal não docente.
Maio 2012 – Julho 2012	Estagiária de Terapia da Fala Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Arganil
	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação e intervenção nas áreas de Afasia e Disfagia por etiologia de AVC;• Avaliação e intervenção na área de Voz;• Trabalho em equipa multidisciplinar com profissionais de saúde de fisioterapia e enfermagem, assim como auxiliares.
Maio 2011 – Julho 2011	Estagiária de Terapia da Fala Cooperativa para a Educação e Reabilitação dos Cidadãos Inadaptados de Aveiro (CERCIIV)
	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação e intervenção em crianças em idade escolar;• Trabalho desenvolvido em casos de perturbações da comunicação, atraso no desenvolvimento da linguagem, perturbações articulatórias e fonológicas.

Educação e Formação

Setembro 2013 – Dezembro 2014	Mestrado em Ciências da Fala e da Audição Escola Superior de saúde da Universidade de Aveiro
Setembro 2009 – Setembro 2014	Licenciatura em Terapia da Fala Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro